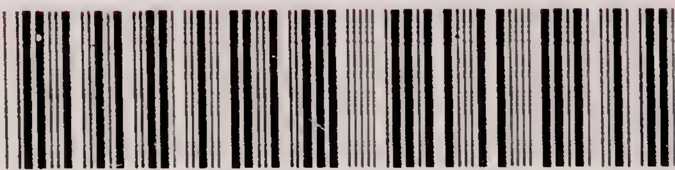



22102376601

Presented to the Library of the Medical Society of London by Dr de Havilland Hall May 1927

Forschungen und Erfahrungen

1880–1910.

Eine Sammlung ausgewählter Arbeiten

von

Prof. Dr. **Sir Felix Semon,** K. C. V. O.

Fellow of the Royal College of Physicians,
Vice-President and Consulting Laryngologist to the National Hospital for the Paralysed and Epileptic,
A. O. Leibarzt weiland S. M. König Eduard VII. von Grossbritannien und Irland.

Band II.

Mit 3 Tafeln in Farbendruck und zahlreichen Textfiguren.

Berlin 1912.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhaltsverzeichnis
des zweiten Bandes.

Teil I.

Beiträge zur Lehre von den Neubildungen des Kehlkopfs.

I.

Die Krankheit Kaiser Friedrich III. und die Laryngologie*).

„Die Krankheit des Kronprinzen greift vom wissenschaftlichen und ethischen Standpunkte aus so tief in die wichtigsten Lebensinteressen der Laryngologie ein, dass ein Journal vom Charakter des Centralblatts sich der wenig erfreulichen Pflicht nicht wird entziehen können, eines Tages näher auf ihn einzugehen. Noch aber scheint uns der hierzu geeignete Augenblick nicht gekommen. Abgesehen davon, dass die Erregung der Gemüter in diesem Augenblick noch eine zu grosse ist, um eine leidenschaftslose Beurteilung und Würdigung der in Frage kommenden Umstände zu gestatten, fehlt uns vor allen Dingen noch ein grosser Teil des aktenmässigen Materials, welches allein uns ermöglichen kann, zur vollständigen Klarheit durchzudringen. Bis uns dieses Material zu Gebote steht, werden wir uns, wie bisher, vollständigen Schweigens über den Fall selbst befleissigen."

So hiess es in der Notiz, in welcher vor genau einem Jahre (Dezember 1887) das Centralblatt zum ersten Male des traurigen Falles des damaligen Deutschen Kronprinzen gedachte, und die in derselben ausgesprochenen Grundsätze sind gewissenhaft befolgt worden. In der Augustnummer dieses Jahres wurden nach dem Erscheinen des deutschen Berichtes die allgemeinen Ergebnisse desselben kurz zusammengestellt, die Anklagen der deutschen Aerzte gegen Sir Morell Mackenzie scharf präzisiert und allgemein wichtige Fragen, die sich aus dem Falle ergaben, diskutiert. Ein näheres Eingehen auf denselben selbst aber wurde streng vermieden, da es „die Gerechtigkeit gebot, mit dem Urteil zurückzuhalten," bis Sir Morell's Antwort auf die gegen ihn erhobenen Anklagen erschienen sein würde.

Nunmehr ist diese Antwort erfolgt und jetzt wird es unsere wenig erfreuliche Pflicht, Stellung zu nehmen.

Unerfreulich ist diese Pflicht nach jeder Richtung hin. In einer die wichtigsten Interessen der Laryngologie betreffenden, an sich unendlich traurigen Angelegenheit stehen sich zwei Darstellungen unversöhnlich

*) Veröffentlicht im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie, und verwandte Wissenschaften (Jahrg. V, No. 6, Dezember 1888).

gegenüber. Der Streit vollzieht sich zwischen Männern, deren Namen Weltruf haben. Bei der Natur der gegenseitig erhobenen Anklagen schliesst jede Billigung des Vorgehens der einen Seite eine mehr oder minder direkte Verdammung des Verhaltens der anderen ein. In nur zu vielen Punkten kämpft Glaubwürdigkeit gegen Glaubwürdigkeit, ohne dass dem Beurteiler tatsächliche Anhaltspunkte zur Seite stehen.

Nicht leichten Herzens wird daher wohl irgend jemand das Wort in einer solchen Angelegenheit ergreifen. Das Schweigen der berufensten Fachgenossen bezeugt dies beredt genug.

Das Centralblatt aber darf sich der unliebsamen Aufgabe nicht entziehen. Von seiner Gründung an hat es sich die Aufgabe gestellt und treu durchzuführen versucht, alle in sein Gebiet einschlagenden Tages- und Standesfragen angemessen zu beleuchten. Vor dieser Aufgabe darf es auch in diesem Falle nicht zurückscheuen, so doppelt unerfreulich auch aus offen daliegenden Gründen die Pflicht speziell für seinen Herausgeber ist. Es erschien demselben aber nicht statthaft, den bequemen Ausweg der Abwälzung der Pflicht des Redakteurs auf andere Schultern zu wählen. Derjenige, der diese Zeitschrift gegründet und durch Jahre verantwortlich geleitet hat, durfte seiner Empfindung nach nicht in dem Augenblicke, wo die Feuerprobe auf die Aechtheit der von ihm vertretenen Grundsätze gestellt wird, aus rein persönlichen Gründen zurücktreten.

Ehe wir den Fall des Hochseligen Kaisers selbst analysieren, ist es zur Klärung der Situation erforderlich, auf die Entstehungsgeschichte und die Form der beiden sich gegenüberstehenden Berichte über seine Krankheit näher einzugehen.

Soweit nämlich die Ansichten der politischen und medizinischen Presse aller Länder über Recht und Unrecht in dem Falle differieren, so findet sich in fast allen Uebereinstimmung in einem Punkte: dem Bedauern, dass über dem kaum geschlossenen Grabe des hohen Verblichenen ein nach Inhalt und Form gleich unerfreulicher, peinlicher Streit zwischen seinen Aerzten geführt worden ist.

Dies Bedauern ist gewiss nach jeder Richtung hin natürlich und gerechtfertigt.

Ganz anders aber steht es mit der Frage, ob dieser traurige Streit überhaupt zu vermeiden war?

Wir kommen hier sofort zu einem Punkte, über den wir unsere Meinung ganz rückhaltlos aussprechen müssen.

Wenn nämlich bei Lebzeiten des hochseligen Kaisers die Differenzen zwischen seinen Aerzten in der Weise ausgetragen, oder zum wenigsten geheim gehalten worden wären, wie dies bis zu diesem unglückseligen Falle unter den Aerzten aller civilisierten Nationen gebräuchlich gewesen ist, so würde sich auch nach seinem Hinscheiden keine Veranlassung geboten haben, das grosse Publikum in einer wissenschaftlichen Frage zum Richter zu machen. Die differierenden Ansichten hätten entweder

in den Archiven des Königl. Preussischen Hausministeriums begraben bleiben können, bis eine von den medizinischen, politischen und nationalen Parteileidenschaften des gegenwärtigen Augenblicks freie, spätere Generation ein sachliches Urteil über das medizinische Vorgehen in diesem Falle abgegeben hätte, oder der Streit hätte zum wenigsten in objektiver Form in medizinischen Zeitschriften zum Austrag gebracht werden können.

Wie liegen nun aber die tatsächlichen Verhältnisse diesen Reflexionen gegenüber?

Es ist eine unanfechtbare Tatsache, dass bis zur Berufung Sir Morell Mackenzie's der deutsche Kronprinz sich der Oeffentlichkeit gegenüber genau derselben privilegierten Stellung erfreut hat, wie jeder Privatmann im gleichen Falle! Seine Aerzte waren zu der Ueberzeugung gekommen, dass er am Kehlkopfkrebs litte, eine grössere Operation sollte am nächsten Tage vorgenommen werden, die Situation war so ernst als möglich: man zeige uns aber ein einziges deutsches oder englisches, politisches oder medizinisches Blatt, das über alle diese Dinge etwas gewusst, resp. die geringste Andeutung gegeben hätte! — Im Publikum war nur bekannt, dass der Kronprinz heiser und in Ems zur Kur gewesen war; die geheimnisvollen Andeutungen einiger französischen Blätter, die bald von Zungen-, bald von Kehlkopfkrebs sprachen, wurden von niemandem geglaubt.

Von dem Moment, in welchem Sir Morell Mackenzie in die Reihe der behandelnden Aerzte eintrat, war alles verändert! Am 20. Mai 1887 nahm er zum ersten Male an einer Konsultation teil; am 24. und 25. brachte der Londoner „Daily Telegraph“ lange Berliner Berichte, in denen einerseits das Leiden des Kronprinzen öffentlicher Diskussion preisgegeben wurde, andererseits die Aerzte, die bis dahin die Behandlung geleitet, in unzweideutigster Weise einer falschen Diagnose und auf dieselbe gegründeter, nicht nur gefährlicher, sondern auch unberechtigter therapeutischer Pläne bezichtigt wurden. Damit war das Signal für die Tagespresse aller Länder gegeben, und es erfolgte ein allgemeiner Angriff auf die ursprünglichen ärztlichen Ratgeber des Kronprinzen, der, an Heftigkeit konstant zunehmend, mit geringen Unterbrechungen bis über den Tod des hohen Patienten fortwütete. Die ersten Vertreter deutscher medizinischer Wissenschaft wurden in einer bis dahin unerhörten Weise unglaublicher Unwissenheit, unglaublichen Mangels an technischer Geschicklichkeit, unglaublichen Defekts moralischer Gesinnung beschuldigt. Nationale und persönliche Eifersucht waren noch die geringsten Verbrechen, die ihnen in letzterer Beziehung vorgeworfen wurden: ging man doch so weit, zu insinuieren, dass sie sich von einer eigens ad hoc konstruierten „Kriegspartei“ dazu hätten missbrauchen lassen, ihren eigenen, teuren Fürsten so schnell als möglich aus der Welt zu schaffen! —

Bis zu welchem Grade Sir Morell Mackenzie für diese Fehde verantwortlich zu machen ist, können wir nicht mit Sicherheit entscheiden.

Mit so leidenschaftlicher Heftigkeit er Herrn v. Bergmann in der Frage der Presstätigkeit angreift (Ss. 215 ff. der englischen, Ss. 112 ff. der deutschen Ausgabe seiner Schrift), so bleibt die Frage seiner eigenen Pressbeziehungen, speziell zu der ausserdeutschen politischen und sozialen Presse, in seiner eigenen Schilderung in erhebliches Dunkel gehüllt. Doch ist folgendes zu konstatieren: Der Anfang der Pressbeteiligung fällt genau mit seiner Berufung nach Berlin zusammen; während der ganzen Dauer des Falles und über denselben hinaus hat er sich mit der grössten Bereitwilligkeit von Berichterstattern aller Nationalitäten interviewen lassen; manche Journale haben sich direkt auf von ihm empfangene Information berufen, viele andere in nicht misszuverstehender Weise durchblicken lassen, dass sie ihre Nachrichten von ihm bezögen; oft haben spätere offizielle Aeusserungen seinerseits nur das bestätigt, was man in diesen Journalen schon vorher gelesen hatte. Vor allen Dingen aber bringt seine eigene Antwort auf die Schrift der deutschen Aerzte kaum irgend etwas zur Sache gehöriges Neues, sondern nur weitere Ausführungen der im Laufe des Vorjahres gegen seine deutschen Kollegen im grössten Teile der Presse aller Nationen erhobenen Insinuationen und Anklagen. Sapienti sat.

Aber gleichviel, wie gross der direkte Anteil Sir Morell Mackenzie's an dem Inhalt der einzelnen Anklagen war, so hat, was diese Anklagen selbst anbetrifft, das „calumniare audacter, semper aliquid haeret" auch hier wieder seine Gültigkeit bewiesen.

Als der kaiserliche Dulder seine Augen schloss, war es in der Tat den systematischen Verdrehungen der Sir Morell Mackenzie ergebenen Presse gelungen, den grösseren Teil des Publikums, und leider auch viele Aerzte, vollständig über die wirkliche Sachlage zu täuschen. Ueber den unbedeutenden Nebenumstand, dass die deutschen Aerzte von Anfang an Recht mit ihrer Diagnose gehabt hatten, ging man einfach fort; vielfach wurde auch, dank der Kunst, mit welcher man diesen doch immerhin etwas heiklen Punkt in ein Clair obscur zu hüllen gewusst hatte, noch bis zum Tode des hohen Patienten die Krebsdiagnose angezweifelt, ja selbst das Protokoll der Autopsie, trotzdem es von Sir Morell Mackenzie selbst mitunterzeichnet war, ungläubig aufgenommen! Wie oft hörte man noch in jenen Tagen die Frage, ob es denn wirklich Krebs gewesen sei!

Noch am 9. Juni, d. h. sechs Tage vor dem Tode des hohen Patienten, brachte das British Medical Journal, dem Sir Morell Mackenzie selbst das Lobeszeugnis ausgestellt hat, dass es seine Ansichten stets treu wiedergegeben habe, folgende Berliner Korrespondenz „from our own Correspondent[1]):

„Die Besserung im Befinden des Kaisers, welche ich in meinem letzten Briefe erwähnte, hält noch immer an. Die Zeitungen melden

[1]) „British Med. Journal", 9. June 1888, p. 1245.

täglich von Zunahme der Kräfte und des Appetits des hohen Patienten. Dies stimmt damit überein, was ich jetzt in der Lage bin, auf die beste Autorität hin (!) anzugeben, dass nämlich die Seine Majestät behandelnden Aerzte nicht länger sicher hinsichtlich der Diagnose sind (!). Der pathologische Charakter der Schwellung und der klinische Verlauf des Leidens sind so vollständig verschieden von allem, was erfahrungsgemäss gewöhnlich beim Krebs vorkommt (!), dass, um die Tatsache beim richtigen Namen zu nennen, die Aerzte die Natur der Krankheit nicht kennen, mit der sie es zu tun haben (!). Diese Unsicherheit ist natürlich an sich eine enorme Verbesserung der schrecklichen Diagnose, zu welcher man im November gelangt war (!). Diese Aenderung der Ansichten ist dem Publikum noch (!) nicht offiziell kund gegeben worden, aus Furcht, Hoffnungen zu erwecken, welche späterhin getäuscht werden könnten (!)."

So zu lesen im British Medical Journal sechs Tage vor dem Tode des Kaisers! Und in diesem Tone geht es noch zwei Paragraphen weiter fort, um mit der Mitteilung zu schliessen, dass selbst Professor Senator, der von der bösartigen Natur des Leidens vollständig überzeugt gewesen sei, jetzt, wie der Korrespondent eben gehört habe, nicht ohne Hoffnung sei, dass das Leben des Kaisers um mehrere Jahre (!) verlängert werden möge! — —

Unsere Leser mögen entscheiden, ob wir übertrieben haben, und ebenso überlassen wir ihnen die Ausmalung der Perspektive, in welcher Weise, nach der eben gegebenen Probe zu schliessen, die Krankheit des hochseligen Kaisers auf die Nachwelt gekommen wäre, wenn die Obduktion nicht stattgefunden hätte. — Nun entzog zwar die Vornahme derselben wenigstens den frechsten Lügen den Boden, aber sie konnte die so sorgfältig aufgezogene Legende in anderen Punkten nicht beeinflussen. Immer noch galt es als ein Evangelium, dass die im Mai des Vorjahres proponierte Radikaloperation unzweifelhaft tödlich hätte verlaufen müssen, dass Sir Morell Mackenzie den Kronprinzen von derselben gerettet und durch seine Behandlung sein Leben verlängert hätte. Und als ob es damit noch nicht genug wäre, liess Sir Morell Mackenzie schon damals durch seine Organe verbreiten, was er jetzt persönlich in seiner Broschüre erklärt: dass das kostbare Leben noch weiter verlängert worden wäre, wenn dies nicht durch die groben Fehler einiger seiner deutschen Kollegen unmöglich gemacht worden wäre. Ja schon damals wurde die Anklage gegen Prof. v. Bergmann erhoben, dass derselbe das Leben des Kaisers direkt verkürzt habe!

Mit vollem Bewusstsein haben wir alle diese Dinge mit einer gewissen Ausführlichkeit unseren Lesern ins Gedächtnis zurückgerufen, um hieran die Frage zu knüpfen, ob ein einziger, wahrheitsliebender, verständiger, unparteiischer Arzt irgendwelcher Nation es wirklich ernstlich erwarten oder gar wünschen konnte, dass angesichts solcher Darstellungen, solcher Anklagen die deutschen Aerzte weiter schweigen und mit dem dahingegangenen unglücklichen Fürsten gleichzeitig auch die

Wahrheit und ihren eigenen Ruf ins Grab senken würden? — Dass die Parteijournale Sir Morell Mackenzie's, die monatelang den Tatsachen ins Gesicht geschlagen und ohne die geringsten Skrupel die Reputation hervorragender Männer täglich durch den Schmutz gezogen hatten, diesen Wunsch allerdings hegten, wird durch ihre eigenen Aeusserungen bewiesen, und wäre die ganze Angelegenheit nicht eine so unendlich traurige, so wäre es in der Tat ergötzlich zu sehen, mit welcher unbefangenen Gravität sie plötzlich den deutschen Aerzten Vorlesungen über gute Sitte halten, resp. alles Vorhergegangene einfach vergessen zu haben scheinen. Hat doch dasselbe British Medical Journal, von dessen Berichterstattung wir soeben eine Probe gegeben haben, die Naivetät gehabt, nur 14 Tage nach der Publikation der zitierten Berliner Korrespondenz seinen nominell dem Tode des Kaisers, in Wirklichkeit aber einer Verteidigung Sir Morell Mackenzie's gewidmeten Leitartikel mit dem Satze abzuschliessen: „Wir hoffen ernstlich, dass die Welt das letzte über diese unpassenden Streitigkeiten gehört hat, und dass die ärztlichen Ratgeber des verstorbenen Kaisers sich dahin einigen werden, ihre Differenzen in dem Grabe ihres hohen Patienten, der vor allen Dingen ein Freund des Friedens war, einzusargen.“ —

Das klingt freilich sehr schön und würdig, hat aber doch den Fehler, dass es eine ganz unrichtige Idee von der wirklichen Sachlage gibt. Nicht um blosse „Differenzen“ zwischen den ärztlichen Ratgebern des verewigten Kaisers handelte es sich, sondern um Richtigstellung der — sehr gelinde ausgedrückt — durchaus einseitigen Berichte von der Krankheit, der beabsichtigten Behandlung, dem Verlaufe des traurigen Falles, die dem Publikum aller Nationen, ohne dass die geringste Notwendigkeit dazu vorgelegen hätte, Monate hindurch systematisch eingeimpft worden waren; nicht um „Streitigkeiten“, sondern um die Ehrenrettung einer Anzahl verdienstvoller Männer, die Monate hindurch in bis dahin unerhörter Weise in der Mehrzahl der politischen und — leider — auch medizinischen Journale der Welt verunglimpft worden waren! Lange genug hatten die deutschen Aerzte geschwiegen. Wir möchten wohl sehen, wie viele von den anonymen Tadlern, die mit so tugendhafter Entrüstung über die Enthüllungen der deutschen Darstellung gejammert haben, es über sich gewonnen hätten, wenn sie selbst ähnlich angegriffen worden wären, ein so über alles Lob erhabenes, würdiges Stillschweigen zu bewahren, wie es Gerhardt ein Jahr hindurch allen niedrigen Schmähungen und Verspottungen entgegengesetzt hat! — Und hätten die deutschen Aerzte wirklich auch noch nach dem Tode des Kaisers geschwiegen, — was wäre die Folge gewesen? Etwa eine Anerkennung eines solchen stummen Appells an das bessere Gefühl der Gegner? Gewiss nicht: nach allem zu schliessen, was vorhergegangen war, wäre ein Triumphgeschrei auf der ganzen Linie der Gegner über die Hinfälligkeit der Sache der deutschen Aerzte angestimmt worden! Kurz — was auch immer die ursprünglichen Ratgeber des

Kaisers getan oder gelassen hätten: tadelnder Kritik waren sie sicher!

Die deutschen Aerzte mussten aber sprechen, wenn nicht ihrer selbst, so der Wahrheit willen! Wenn dies nicht ohne grossen Skandal, ohne viel bitteres Herzeleid, ohne einen für die ärztliche Wissenschaft nichts weniger als vorteilhaften Einblick in die betrübenden Vorgänge am Krankenbett des Hingeschiedenen abging, so war das gewiss tief bedauerlich, jedoch nach dem Vorangegangenen absolut unvermeidlich! Aber die Verantwortlichkeit dafür, dass dies nötig geworden war, muss rückhaltslos derjenigen Seite aufgebürdet werden, die ohne jede Provokation vom ersten Augenblicke ihrer Beteiligung die Krankheit des hohen Verstorbenen schonungslos an die Oeffentlichkeit gezerrt, die Vorgänge am Krankenbett öffentlicher Neugier preisgegeben, die Handlungsweise der deutschen Aerzte den schlimmsten Missdeutungen ausgesetzt, mit den gröblichsten Insinuationen verfolgt hatte! —

Stehen wir somit, was die Sache anbetrifft, in der Frage der Veröffentlichung des deutschen Berichtes vollständig auf seiten der deutschen Aerzte, so bedauern wir andererseits, nicht eine gleiche unbedingte Billigung hinsichtlich der gewählten Form aussprechen zu können.

Der deutsche Bericht trägt in seiner äusseren Ausstattung ein durchaus offizielles Gepräge. Gedruckt in der Kaiserlichen Reichsdruckerei, weist er auf dem Titelblatt den deutschen Reichsadler auf. Der Titel selbst besagt, dass die Krankheit „nach amtlichen Quellen und den im Königlichen Hausministerium niedergelegten Berichten“ der Aerzte, welche an der Veröffentlichung teilnahmen und deren Namen nunmehr folgen, dargestellt sei. Kurz — kein Unbefangener kann im ersten Augenblicke zweifeln, dass er es hier mit einem offiziellen Aktenstück zu tun habe.

Schon die nächste Erwägung aber lässt hierüber doch Zweifel aufkommen. Von einem offiziellen Berichte über die Krankheit einer höchststehenden Persönlichkeit würde man naturgemäss erwarten, 1. dass sämtliche Aerzte, die zu irgend einer Zeit an der Behandlung teilgenommen haben, in demselben über ihre Tätigkeit Rechenschaft ablegen, 2. dass jede Polemik streng vermieden würde. Die einfache Tatsache der Existenz tiefgehender Meinungsverschiedenheiten zwischen den betreffenden Aerzten scheint uns ein Vorgehen der eben geschilderten Art an sich durchaus nicht unmöglich zu machen: es wäre sehr wohl denkbar, dass der Bericht der Majorität als der offizielle Bericht veröffentlicht würde, gefolgt von Separatprotokollen derjenigen Aerzte, die es mit ihren Ueberzeugungen unvereinbar fänden, sich dem Bericht der Majorität anzuschliessen. Persönliche Ausfälle könnten dabei vollständig vermieden werden und dem Publikum bliebe es überlassen, sich seine eigene Meinung zu bilden.

Nun wollen wir gewiss nicht behaupten, dass in dem konkreten, vorliegenden Falle ein derartiges Vorgehen möglich gewesen wäre. Wir

halten uns gewiss die Wahrscheinlichkeit vor Augen, dass in diesem Falle manche Umstände aus höheren Gründen in diesem Augenblicke nicht zur öffentlichen Kenntnis gebracht werden können, die ein Vorgehen, wie das oben skizzierte, unmöglich gemacht, ja direkt verboten haben mögen. Aber dann hätte dies unserer Ansicht nach in einer Vorrede motiviert werden, oder man hätte, wenn auch dies nicht statthaft war, lieber auf das offizielle Gewand ganz und gar verzichten sollen. Niemand hätte es den Herren, deren Namen das Titelblatt der deutschen Broschüre trägt, verargen können, wenn sie, nachdem das Hinscheiden des hohen Patienten sie ihrer Diskretionspflicht hinsichtlich der wissenschaftlichen Seite des Falles entbunden hatte, nunmehr in energischer Weise ihren Standpunkt vertreten, die Begebenheiten, wie sie sich nach ihrer Auffassung zugetragen, geschildert, die gegen sie erhobenen Anklagen entkräftet, ihren Beschwerden hinsichtlich der Auffassung und Behandlung des Falles, der stattgehabten Unkollegialitäten, der Pressaffären usw. den lebhaftesten Ausdruck gegeben hätten. Das hätte in ganz ähnlicher Weise, wenn man will: noch energischer geschehen können, als es tatsächlich vorgebracht ist. Dann würde jedermann die Schrift als das angesehen haben, was sie wirklich ist: als eine Darstellung des Sachverhalts, wie er sich in den Augen der Verfasser präsentierte, begleitet von einer Polemik gegen denjenigen oder diejenigen, die über ein Jahr lang die öffentliche Meinung ihrer Ueberzeugung nach irregeführt hatten. Und jeder würde die Tatsache, dass das Kgl. Preuss. Hausministerium den Verfassern die offiziellen Berichte zur Verfügung stellte, deren sie zu ihrer Ehrenrettung bedurften, nur mit höchstem Danke haben anerkennen können.

Wie die Dinge aber tatsächlich liegen, haben wir die paradoxe Tatsache eines anscheinend „offiziellen“ Berichtes vor uns, in dem eine ganze Anzahl der beteiligt gewesenen Aerzte, darunter derjenige, welcher ein volles Jahr lang die Behandlung geleitet hatte, nicht zu Worte kommen, ja der eine ganze Reihe der schwersten Anklagen gegen den letztgenannten Arzt enthält! — Und dieser Bericht weicht auch in der Form darin von anderen offiziellen Berichten ab, dass die offiziellen Dokumente, die sein Knochengerüst ausmachen, teilweise selbst recht polemischer Natur sind, teilweise von einem erklärenden, wiederum stellenweise sehr polemischen Text eingerahmt sind! —

Mit anderen Worten: wir haben eine polemische Parteischrift in offiziellem Gewande vor uns. —

Wir stehen nicht an, diese Form im Interesse der Sache für bedauerlich zu erklären. Wir selbst sind wahrlich nicht dazu geneigt, solchen Formfragen eine übertriebene Wichtigkeit beizulegen. Wir bedauern aber die gewählte Form, weil sie, nach dem Eindruck zu schliessen, den sie in der ganzen Welt gemacht hat, die gute Sache, der sie dienen wollte, in gewisser Hinsicht beeinträchtigt hat! — Nach allen den Erfahrungen, die man im Laufe des Vorjahres gemacht hatte,

hätte man wohl voraussehen dürfen, dass die gewählte Form den Vorwurf der Parteilichkeit so handlich machte, wie nur möglich, und dass die Gegner nicht zaudern würden — wie sie dies in der Tat getan haben und bis zur Stunde tun —, denselben nach allen Richtungen hin so nachdrücklich auszubeuten, wie nur möglich. Sehr bedauerlich in diesem Zusammenhange ist es auch, dass man Sir Morell Mackenzie seinen Angaben zufolge verweigert hat, die Archive des Kgl. Hausministeriums für seine Antwort benutzen zu dürfen. Was dem Einen recht ist, scheint dem Andern billig, und die Verweigerung der Erlaubnis an Sir Morell Mackenzie scheint den Aussenstehenden nur dazu angetan, ihn mit einer Märtyrerglorie zu bekleiden.

Man lese in Bezug auf die letzterwähnten Punkte die neueste Verteidigung in der Novembernummer eines so angesehenen Magazins, wie es die „Nineteenth Century" ist, und sage dann, ob unsere Kritik eine rein theoretische ist.

Noch ein anderer Umstand kommt hinzu, welcher der deutschen Darstellung Schaden getan hat und mit allen Künsten der Rhetorik und Sentimalität ausgebeutet worden ist; es sind in ihr unleugbar einige recht unglückliche Aeusserungen gefallen, die, soweit wir zu beurteilen vermögen, sachlich nicht notwendig waren.

Hierher gehört vor allen Dingen Prof. Gerhardt's vielumstrittener Satz: „Es dürfte dies der erste, sicher konstatierte Fall sein, in dem ein Kehlkopfarzt dem Kranken aus Versehen ein Stück aus dem gesunden Stimmband wegzureissen versuchte."

Wir werden weiterhin auf die Sache selbst zurückzukommen haben; hier handelt es sich nur um seine Form. Und da muss bekannt werden: Der Satz ist — an sich betrachtet — eine Contradictio in adjecto. Sir Morell Mackenzie hat vollkommen Recht, wenn er sagt (l. c. p. 109): „Ich verstehe in der Tat nicht, wie man versuchen kann, etwas aus Versehen zu tun." Unserer Ansicht nach handelt es sich um einen blossen Lapsus calami; es ist aber sehr bedauerlich, dass ein solcher gerade einen Punkt betrifft, der in zwei völlig verschiedenen Weisen ausgelegt werden kann, von denen die eine harmlos ist, die andere aber die schwerste denkbare Insinuation gegen des Gegners Ehrlichkeit in sich schliessen würde. Denn wenn auch die von Dr. O. Ziemssen im British Medical Journal (27. Oktober 1888, p. 963) gegebene Auslegung: „Beim Versuche der Entfernung eines Stücks verletzte der Operateur aus Versehen das gesunde Stimmband" jedem, der Prof. Gerhardt's Charakter kennt, als die einzig richtige erscheinen wird, so zwingt uns die Gerechtigkeit doch zu erklären, dass aus dem Wortlaut auch eine sehr verschiedene Deutung, nämlich die, dass Sir Morell Mackenzie versucht habe, ein Stück aus dem gesunden Stimmbande fortzureissen (nämlich um Prof. Virchow irrezuleiten) und diese Handlungsweise im Falle der Entdeckung als ein Versehen darzustellen — herausinterpretiert werden kann. Vielfach ist dem Satze

die letzterwähnte Deutung gegeben worden, und Sir Morell Mackenzie selbst hat dieselbe zur seinigen gemacht.

Wie sehr ein Zwischenfall dieser Art zur Erbitterung der Streitenden beiträgt, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Es ist dem Angegriffenen, wenn er die seinem Charakter ungünstigere Auslegung für die richtigere hält, wahrlich nicht zu verübeln, wenn er sich mit grosser Heftigkeit gegen dieselbe wendet, und er darf auf viel Nachsicht Anspruch machen, wenn er nun seinerseits leidenschaftlicher wird, als dies ohne die vermeintliche Provokation verzeihlich wäre. Nach allen Richtungen hin wäre es besser gewesen, wenn der Satz fortgeblieben wäre, zumal er für das Verständnis sowohl des ganzen Falles wie des betreffenden Vorganges durchaus nicht erforderlich ist.

Aehnlich steht es mit der ebenfalls vielfach inkriminierten Antwort Dr. Landgraf's auf Mr. Hovell's Frage nach seinem Befunde bei der Untersuchung am 23. August (deutscher Bericht S. 34). Dr. Landgraf's Aeusserung: er bedauere, nicht in der Lage zu sein, Mr. Hovell darüber Auskunft geben zu können, was er gesehen, und sei verwundert, dass Mr. Hovell, der so viel öfters Gelegenheit habe, zu untersuchen, ihn frage — ist vielfach als wenig kollegialisch betrachtet worden. Was den ersten Teil der Aeusserung anbetrifft, so geht aus der ganzen Schilderung Dr. Landgraf's hervor, dass er als Militärarzt seine Aufgabe als eine dienstliche auffasste, bei der er zum Schweigen verpflichtet war. Er sagt ausserdem ausdrücklich im Eingange seines Berichtes (ibidem p. 29): „Somit war seine Tätigkeit beschränkt auf die Erhebung des laryngoskopischen Befundes und die Erörterung der Bedeutung desselben mit seinem Vorgesetzten." Für jedermann, der in der deutschen Armee gedient hat, ist das klar genug. Da sich der Bericht aber doch auch an andere Leser wendet, so wäre — sollte der Satz überhaupt aufgenommen werden — eine nochmalige Betonung des dienstlichen Standpunktes an dieser Stelle wohl angebracht gewesen. — Die zweite Hälfte der Aeusserung ist verschiedener Interpretation fähig. Legte man auf die Konversation zwischen den beiden Herren aus irgend einem bestimmten Grunde Gewicht, so wäre es zur Vermeidung von Missdeutungen wohl angezeigt gewesen, dies ausführlicher zu motivieren. Da man jetzt auf blosse Vermutungen angewiesen ist und der Satz in seiner jetzigen Form nur für das gespannte Verhältnis zwischen beiden Teilen spricht, so wäre er wohl besser ebenfalls fortgeblieben.

Drittens endlich hat Prof. v. Schrötter's Urteil über die Berufung Prof. Krause's (ibid. p. 37) zu befremdeten Kommentaren Veranlassung gegeben. Wir bedauern dasselbe im Interesse des Sache. Professor v. Schrötter's Erstaunen darüber, dass in einem Falle von so enormer Wichtigkeit ein jüngerer, wenn auch noch so tüchtiger Laryngolog berufen wurde, während nach allem, was man bis dahin von dem Falle gehört, gerade reichste Erfahrung, wie sie nur in langjähriger Tätig-

keit erworben werden kann, erforderlich zu sein schien, wird ja Sachverständigen erklärlich genug sein. Aber der Bericht war nicht nur für Sachverständige geschrieben, und das grosse Publikum hat in der Aeusserung vielfach ein herablassendes Urteil über einen Mann gesehen, dem man keinen anderen Vorwurf als den seiner verhältnismässigen Jugend machen konnte. Das schadete der Sache. Ausserdem schuf die Aeusserung einen gefährlichen Präzedenzfall. Wir wissen natürlich nicht, ob Sir Morell Mackenzie mit seinen geringschätzigen Aeusserungen über die Aerzte, die ihn berufen hatten („Friedrich der Edle", deutsche Ausgabe, S. 5 und 6) bewusstermassen eine Art Repressalie für Prof. v. Schroetter's Aeusserungen über Prof. Krause's Berufung hat nehmen wollen. Jedenfalls könnte er plädieren, dass er nur einem gegebenen Beispiel gefolgt sei.

Auch diese Aeusserung wäre daher wohl besser unterblieben.

Freilich betreffen alle die beanstandeten Punkte nur formelle Fragen, die für die Beurteilung des sachlichen Inhalts des Berichts seitens sachverständiger Leser nicht den geringsten Einfluss haben können. Da aber der Bericht doch auch für das Laienpublikum geschrieben war, das sich bei der Unmöglichkeit, die wirklich technischen Fragen zu beurteilen, nur zu leicht an Aeusserlichkeiten hält und von diesen sein Gesamturteil beeinflussen lässt, so wäre es für die Sache der deutschen Aerzte weit besser gewesen, wenn alle diese persönlichen Dinge und auch viele hier nicht genannte, polemische Aeusserungen einfach unterdrückt worden wären. Die innere Wahrheit, die aus dem sachlichen Inhalt des deutschen Berichtes spricht, ist so stark, dass alle Versuche, sie durch — wenn auch noch so verständliche — persönliche Reflexionen eindringlicher zu machen, mehr geschadet als genützt haben.

Abstrahieren wir von diesen formellen Ausstellungen, deren wir nur im Interesse der Gerechtigkeit gedacht haben, so können wir nur das in der Augustnummer abgegebene Gesamturteil wiederholen, dass nämlich der deutsche Bericht eine „durchaus verständliche uud logische Darstellung von dem Krankheitsverlauf gibt, eine Darstellung, welche sowohl mit unseren allgemeinen Kenntnissen vom Kehlkopfkrebs, wie mit dem Obduktionsresultat im vollständigsten Einklange steht."

Wir wendeu uns nunmehr zu Sir Morell Mackenzie's Erwiderung.

Jeder, der die leidenschaftliche Art der Kontroverse dieses Autors aus seinen früheren literarischen Fehden [1]) kannte, musste von vornherein darauf gefasst sein, dass seine Antwort auf die gegen ihn erhobenen Anklagen diesmal noch schärfer ausfallen würde, als bei früheren Gelegenheiten. Denn einmal richteten sich die Angriffe sachlich ebenso sehr gegen seine persönliche Ehre, wie gegen seine wissenschaftlichen und praktischen Leistungen, zum anderen war unleugbar die Form der Beschuldigungen stellenweise eine stark provozierende.

---

1) z. B. derjenigen mit Dr. Donkin in der „Fortnightly Review", 1885, oder derjenigen mit Mr. Behnke in der „Musical World", 1886.

Der objektive Leser war daher von vornherein geneigt, einen viel milderen Massstab gegenüber der zu erwartenden Heftigkeit des Tones der Verteidigung anzulegen.

Was aber Sir Morell Mackenzie in bezug auf diesen Punkt getan hat, geht weit über alles Zulässige hinaus. Es ist nicht mehr der Ton der wissenschaftlichen Kontroverse, nicht mehr der Ton sich berechtigt fühlender Indignation, welcher angeschlagen wird, sondern der Ton unverblümter, persönlicher Beschimpfung des Gegners, oder vielmehr der Gegner. Denn mit alleiniger Ausnahme der Herren Bardeleben und Waldeyer entgeht kein einziger der Aerzte, welche den deutschen Bericht verfasst haben, Bezeichnungen, welche selbst in den heftigsten wissenschaftlichen Streitigkeiten bisher unerhört waren. So spricht Sir Morell von Gerhardt's „Mangel an medizinischer Urteilskraft“ (S. 11), „Theaterkoup“, „Unredlichkeit“, „dramatischem Talent“, „tragischem Flüstern“ (S. 15), „unskrupulöser Gegnerschaft“, „eigentümlichen Anschauungen berufsmässiger Moral“ (S. 21), „Brutalisieren und barbarischer Behandlung des Kehlkopfs“ (S. 21), „Unfähigkeit“, „Infamie seiner Anklage“ (S. 109). So von v. Bergmann's „Rohheit“, „Ungeschicklichkeit“ (S. 77), „Taktlosigkeit“, „elenden Verleumdungsversuchen“ (S. 84), „gröberen falschen Angaben“ (S. 110), „schauspielerischem Talent“ (S. 114), „exzentrischer Logik“ (S. 115 usw.). Dr. Landgraf, der „junge Stabsarzt“ (S. 20), ist „roh und ungeschickt“, „unbeholfen“ (S. 29), „selbstzufrieden“ (S. 115), macht „mythische Beobachtungen“ (S. 117); Prof. Tobold ist „kaum mehr als eine nominis umbra“ (S. 6) und zeigt „gehorsame Willfährigkeit“ (S. 15); Dr. Moritz Schmidt's Bericht „besitzt keinen wissenschaftlichen Wert . . . . und hat nicht einmal das Verdienst, ein wahrheitsgemässer Bericht der Vorgänge in San Remo zu sein während der Zeit, als Dr. Moritz Schmidt sich dort befand“ (S. 117). Auch versteht er „gar nichts vom Kehlkopfkrebs“ (S. 118). Prof. v. Schroetter äussert sich mit „einem etwas erdrückenden Gefühl seiner eigenen Wichtigkeit“, spricht mit „olympischer Herablassung“, ist ein „Orakel“ (S. 117); Dr. Bramann lässt seinen Kehlkopfspiegel im Halse des Kronprinzen „blitzen“ (S. 43), kann sich „aus Unerfahrenheit auf diesem Gebiete die ganze Lage nicht vorstellen“ (S. 45). Prof. Kussmaul besteht „Abenteuer als ein Laryngoskopist“ (S. 57) und „lässt sich herab, der Form nach eine Untersuchung anzustellen, deren Technik ihm offenbar ganz unbekannt war“.

Die obige Liste erschöpft bei weitem nicht Sir Morell's herabsetzende Schilderungen seiner deutschen Kollegen; sie genügt aber zur Charakteristik des Tones seiner Angriffe. Wie ein Mann von Mackenzie's Fähigkeiten und Weltklugheit sich so sehr in dem Eindruck irren konnte, den eine derartige Ausdrucksweise auf Leser aller Nationen machen musste und gemacht hat, ist schwer verständlich.

Wir wollen hier nicht auf weitere Einzelheiten, auf die sensationellen Kapitelüberschriften, auf die Hineinbeziehung einer ganzen Menge gar nicht hierhergehöriger Dinge, auf die Selbstüberhebung, die aus allem spricht, auf die unerfreuliche Verquickung von Mitteilungen aus dem Privatleben des hohen Patienten mit medizinischen Streitigkeiten usw. eingehen. Aber eines, des hässlichsten Punktes der Mackenzie'schen Fehdeweise müssen wir gedenken: der Insinuationen gegen die Ehrlichkeit, die Lauterkeit der Motive seiner wahren oder vermeintlichen Gegner!

Diese Insinuationen ziehen sich wie ein roter Faden durch das ganze Buch. Es beginnt mit der Insinuation, dass Gerhardt, v. Bergmann und Tobold nicht kompetent sind (S. 5—8). Dann wird den Herren v. Bergmann und Tobold unterstellt, dass sie über den Erfolg der ersten Operation Mackenzie's erstaunt, geärgert und getäuscht waren (S. 9); dann wird insinuiert, dass Prof. v. Bergmann dem Kronprinzen eine zu optimistische Ansicht von der zu unternehmenden Operation beigebracht habe (S. 11); dann heisst es, dass Gerhardt wissentlich eine falsche Anklage (hinsichtlich der Verletzung des rechten Stimmbandes) vorgebracht habe (S. 13ff.); dann, dass die deutschen Aerzte Sir Morell Mackenzie's Verantwortlichkeit teilten (S. 19). Es folgt dann die unerhörte Verdächtigung, auf welche wir zurückkommen werden, dass Gerhardt entweder den Krebs produziert oder wenigstens das Leiden durch seine Behandlung verschlimmert habe (S. 21—23).

Alles dies findet sich auf den ersten 23 Seiten der deutschen Ausgabe, und so geht es, sich allmählich steigernd, durch das ganze Buch. Wie schon bei Lebzeiten des hohen Patienten jeder, der offen eine Meinung auszusprechen wagte, die nicht mit der herrschenden harmonierte, sofort der niedrigsten Motive beschuldigt wurde, so will Sir Morell jetzt, wo er selbst spricht, seine Leser glauben machen, dass an dem Krankenbette des Kaisers sich Unwissenheit, Rohheit, Egoismus, Eifersucht, Intrigue in Gestalt seiner deutschen Aerzte die Hand reichten, dass der einzig wahre Freund, den der hohe Kranke unter seinen hervorragenden ärztlichen Ratgebern hatte, er selbst war, und dass als Folge hiervon eine förmliche Verschwörung, die sich weit über den Kreis der deutschen Aerzte hinaus erstreckte, zu dem Zwecke bestand, den verhassten Ausländer zu verderben. Wir haben weder Lust noch Raum, dem Autor all' seine unglaublichen Verdächtigungen nachzuerzählen: ein einziges Beispiel möge genügen, um seine Methode eingehender zu illustrieren.

Auf Seite 57 der englischen und Seite 30 der deutschen Ausgabe seiner Antwort findet sich folgender Paragraph:

„Als der Kronprinz auf der Insel Wight wohnte, schien Landgraf, welcher damals schon einige Wochen als behandelnder Arzt dort war, plötzlich erst gewahr zu werden, dass das linke Stimmband nicht

ganz so beweglich sei, wie es eigentlich sollte. Er teilte diese ihn überraschende Entdeckung augenblicklich einigen Herren aus dem Gefolge des Kronprinzen mit, und schliesslich kam sie auch zu den Ohren des erlauchten Kranken, welcher darüber ziemlich alarmiert war.. Als ich jedoch dem Kronprinzen erklärte, dass der Zustand, welchen Landgraf soeben zum ersten Male bemerkte, schon seit der Zeit meines ersten Aufenthaltes in Berlin existierte, gab sich der Kronprinz damit vollständig zufrieden."

Wir sehen hier vollständig von den sachlichen Widersprüchen dieser Schilderung von den Angaben der deutschen Aerzte (vgl. die deutsche Broschüre S. 13, 16, 29) ab. Aber es findet sich in diesem Absatze in der englischen Ausgabe eine längere Anmerkung zu den Worten: „welchen Landgraf soeben zum ersten Male bemerkte", welche in der deutschen Angabe vollständig fehlt! —

Wir geben diese Anmerkung hier in genauer Uebersetzung und stellen, der besseren Kontrolle wegen, das englische Original der Uebersetzung gegenüber:

„At the time I was under the impression, that Landgraf had recognized the imperfect action of the left vocal cord for the first time and I am still unable to account for his extraordinary excitement on any other ground. I was very much surprised, therefore, on looking over Dr. Landgraf's report, to find that this condition is mentioned in his first letter to Berlin. The only explanation I am able to offer now is that, although he denies it, Dr. Landgraf must have received some useful „hints from Professor Gerhardt". It would appear, therefore, that Landgraf in his earlier reports embodied the hints, whilst on a certain date he actually saw what he had previously described from the „Informationen" of Prof. Gerhardt (Op. cit.), which the Professor evidently gave to his assistant before he heard, that the young surgeon had been appointed to „control" me. After

„Ich war derzeit unter dem Eindruck, dass Landgraf die ungenügende Bewegung des linken Stimmbandes damals zum ersten Male erkannt hätte, und bin noch jetzt ausserstande, seine ausserordentliche Aufregung auf irgend einer anderen Basis zu erklären. Daher war ich ungemein überrascht, bei der Lektüre von Dr. Landgraf's Bericht zu finden, dass dieses Symptom schon in seinem ersten Briefe nach Berlin erwähnt ist. Die einzige Erklärung, welche ich proponieren kann, ist die, dass Dr. Landgraf, obwohl er dies ableugnet, einige nützliche „Fingerzeige von Prof. Gerhardt" erhalten haben muss. Es würde danach scheinen, dass Landgraf seinen anfänglichen Berichten die Fingerzeige einverleibte, während er an einem gewissen Datum das tatsächlich sah, was er vorher nach den „Informationen" Prof. Gerhardt's (Op. cit.) beschrieben hatte, welche

that time Gerhardt says: „I ceased to have any correspondence with Dr. Landgraf on this subject.“ (Op. cit. p. 15.) As all the instructions were evidently already given, no further correspondence was required.“

der Professor offenbar seinem Assistenten gab, ehe er hörte, dass der junge Chirurg angestellt worden war, um mich zu „kontrollieren“. Nach jener Zeit sagt Gerhardt: „Ich hörte auf, mit Dr. Landgraf irgend welche Korrespondenz über diesen Gegenstand zu haben.“ (Op. cit. p. 15.) Da alle Instruktionen offenbar bereits gegeben worden waren, so war keine weitere Korrespondenz erforderlich.“

In dieser Anmerkung sind folgende Insinuationen ausgesprochen:

1. Dass Professor Gerhardt seinem Assistenten bereits vor dessen Kommando zur Dienstleistung beim Kronprinzen Fingerzeige hinsichtlich des von ihm konstatierten Befundes gegeben habe.
2. Dass Dr. Landgraf die Unwahrheit spräche, indem er dies in Abrede stelle.
3. Dass Dr. Landgraf's erste Berichte nicht das Resultat seiner eigenen Beobachtungen, sondern früher erhaltener Fingerzeige darstellten.
4. Dass auch Prof. Gerhardt mit seiner Darstellung des betreffenden Abschnittes die Wahrheit umgehe.

Es entsteht hier sofort die Frage: ist die Auslassung dieser Anmerkung in der deutschen Ausgabe eine zufällige oder eine beabsichtigte?

Wir würden geneigt gewesen sein, die erstere Erklärung als die mildere zu wählen, wenn nicht zwei direkte Sinnesfälschungen einer anderen Stelle in der deutschen Uebersetzung uns misstrauisch gemacht hätten.

Die Ueberschrift des ersten Paragraphen des „Epilogs“, Kapitel X. lautet in der englischen Ausgabe (S. 179): „A Trap is laid for Me.“ Die wörtliche deutsche Uebersetzung hiervon ist: „Mir wird eine Falle gestellt.“

Vergleicht man aber die Uebersetzung in der deutschen Ausgabe des Mackenzie'schen Berichts (S. 93), so findet man den englischen Titel durch die harmlosen Worte „Mein Bericht“ übersetzt!! — — —

Die Ueberschrift des zweiten Paragraphen desselben Kapitels lautet in der englischen Ausgabe (S. 181): „Miscarriage of the Plot.“ Zu deutsch wörtlich: „Misslingen der Verschwörung.“ In der deutschen Ausgabe aber (S. 94) ist dieser Titel mit „Weshalb mein Bericht verlangt wurde“ übersetzt!! — — —

Der Grund dieser Aenderungen, welche zu flagrant sind, um eine andere Erklärung als die, dass sie mit vollem Bewusstsein gemacht sind, zuzulassen, findet sich in dem Inhalt des betreffenden Kapitels, auf welches wir unsere Leser verweisen müssen. Der Uebersetzer fühlte sich offenbar auf sehr gefährlichem Boden und hoffte, den zu befürchtenden Konsequenzen durch einfache Aenderung des klaren Sinnes des Verfassers zuvorzukommen!

Angesichts der eben erwähnten Tatsachen liegt die Idee natürlich nahe, dass auch das Wegbleiben der zitierten Anmerkung in der deutschen Ausgabe kein zufälliges ist, und in der Tat findet sich der Grund der Auslassung klar genug in dem Wortlaut des englischen Originals.

Sir Morell Mackenzie würde nämlich wenigstens einen Anhaltspunkt für seine Insinuationen gehabt haben, wenn Prof. Gerhardt in der Tat gesagt hätte, dass er „aufgehört habe, mit Dr. Landgraf über den Gegenstand zu korrespondieren". — Denn dann wäre die Mackenzie'sche, im Schlusssatz der Anmerkung gegebene Erklärung: „Da alle Instruktionen offenbar bereits gegeben worden waren, so war keine weitere Korrespondenz erforderlich" — denkbar. Es kommt also Alles auf die ipsissima verba Prof. Gerhardt's an. Nun druckt in der englischen Ausgabe Sir Morell Mackenzie die angeblichen Worte Prof. Gerhardt's zwischen Anführungszeichen und fügt ausserdem die Seite der deutschen Ausgabe hinzu, auf welcher dieselben zu finden sein sollen. Es handelt sich also um ein wörtliches Zitat. Vergleicht man nun aber die betreffende Seite (S. 15) der deutschen Ausgabe, so ergibt sich folgendes:

Sir Morell Mackenzie's Uebersetzung der Worte Prof. Gehrhardt's:	Prof. Gerhardt's wirkliche Worte:
„Ich hörte auf (das Wort: ceased = ich hörte auf — ist auch im englischen Original gesperrt gedruckt) mit Dr. Landgraf irgendwelche Korrespondenz über diesen Gegenstand zu haben."	„Auf die Mitteilung des genannten Herrn Generalarztes hin, dass er dem Herrn Landgraf untersagen müsse, an mich Mitteilungen über den Verlauf der Krankheit aus England zu richten, unterliess ich jede (im Original ebenfalls gesperrt) Unterredung mit Dr. Landgraf, meinem Assistenten, über diesen Gegenstand."

Während also Prof. Gerhardt in der unzweideutigsten Weise erklärt, dass er sich bewussterweise enthielt, je mit seinem Assistenten über die Krankheit des Kronprinzen zu sprechen, macht Sir Morell Mackenzie hieraus die Angabe, dass er aufgehört habe, mit ihm über diesen Gegenstand zu korrespondieren! — — — —

Selbstverständlich konnte diese Angabe nicht in die deutsche Ausgabe der Mackenzie'schen Schrift übergehen, denn da Sir Morell im englischen Original die angeblichen Worte Prof. Gerhardt's zwischen Anführungszeichen gesetzt und die Seitenzahl zitiert hatte, so hätte der Uebersetzer, wie er das ja überall sonst getan hat, auch hier die eigenen Worte Gerhardt's zitieren müssen. Tat er dies, so wurde nicht allein den Insinuationen der Anmerkung jeder Boden entzogen, sondern dieselbe verlor überhaupt jeden Sinn. Uebersetzte er aber die Entstellung des englischen Originals ins Deutsche zurück, so wurde die für die englischen und amerikanischen Leser des Buches bestimmte Täuschung den deutschen Lesern sofort augenfällig. In diesem Dilemma war es das Bequemste, die gefährliche Anmerkung einfach fortzulassen.

Unsere Leser mögen entscheiden, ob die von uns gegebene Erklärung die Wahrscheinlichkeit für sich hat oder nicht. Ueber die Sache selbst, d. h. die Entstellung der Worte Prof. Gerhardt's, um an diese Entstellung Insinuationen gehässigster Art zu knüpfen, dürften wohl nicht zweierlei Meinungen existieren können.

Pfeile der Art schnellen auf den Schützen selbst zurück und der vorliegende Fall macht keine Ausnahme von der Regel. Wir werden weiterhin noch bei der Besprechung des Falles selbst des Inhaltes einiger der schlimmsten Insinuationen Sir Morell Mackenzie's zu gedenken haben. An dieser Stelle aber, wo es sich nur um die äussere Form der Kontroverse handelt, dürfte das gegebene Beispiel genügen, um zu zeigen, dass keine Angriffe noch so schwerer Natur ihm mehr geschadet haben können, als die Art und Weise seiner Verteidigung. Wenn jemand, statt gegen ihn gerichtete Anklagen zu entkräften, sich in der Weise verteidigt, dass er seinen Gegnern die Worte im Munde verdreht, sie der Inkompetenz, bewusster Unehrlichkeit, der Verschwörung gegen ihn bezichtigt, alles dies Männern der Wissenschaft gegenüber, gegen deren Wissen und Ehrenhaftigkeit sich bis zu dem Augenblicke seines eigenen Auftretens niemals der Hauch eines Verdachtes erhoben hat, alles in der persönlich verletzendsten Weise, und ohne auch nur im mindesten überzeugende Beweise für die Berechtigung seiner Verdächtigungen beizubringen, so wird er nicht nur die Meinung objektiver Beurteiler gegen sich haben, sondern sich auch die Sympathien derjenigen entfremden, welche bis dahin auf seiner Seite gestanden haben.

Das ist es, was wir im Laufe des letzten Monats gesehen haben. Hatten die so lange unwiderlegt gebliebenen Verdächtigungen der deutschen Aerzte es in der Tat dahin gebracht, dass ihre schweren Anklagen gegen Sir Morell Mackenzie trotz der inneren Wahrheit, die aus ihnen sprach, vielfach zweifelnd, ja fast ungläubig, aufgenommen wurden, hatte ein Teil der Presse und des Publikums in einzelnen formalen Fehlern des deutschen Berichtes eine Veranlassung gesehen, sich auch jetzt noch den Tatsachen zu verschliessen, so hat Sir Morell Mackenzie's eigene Verteidigung das bewirkt, was der Anklage nur

teilweise gelungen war: sie hat dem Publikum die Augen geöffnet! — Allerorten ist ein Umschwung in der öffentlichen Meinung eingetreten, in Amerika und Frankreich ebensowohl, wie in Sir Morell Mackenzie's eigenem Vaterlande, und selbst unter denjenigen, die bis zum Erscheinen seiner Verteidigung auf seiner Seite gestanden haben, finden sich Stimmen, die den Mut haben, ihren Irrtum offen einzugestehen, und der Wahrheit die Ehre zu geben, Wir können als ein Beispiel hierfür die formelle Seite unserer Betrachtung nicht besser abschliessen, als mit einem Citat aus dem „New York Medical Journal". Dieses Blatt, das vom Beginne der Diskussion des Leidens des Kronprinzen bis zum Erscheinen der deutschen Broschüre Sir Morell Mackenzie's Partei genommen hatte, brachte nach dem Erscheinen seiner Antwort am 20. Oktober einen längeren Leitartikel über die ganze Kontroverse, welche in folgenden Schlusssätzen gipfelt:

„Unserer Ueberzeugung nach sind beide Publikationen zu bedauern. Man kann es den deutschen Aerzten nicht verargen, dass sie eine korrekte Darstellung ihrer Tätigkeit zu geben wünschen, und ebensowenig ist ihnen das kontroversielle Element ihrer Broschüre zu verübeln, so weit sich dasselbe auf wissenschaftliche Fragen bezieht. Unserer Ansicht nach aber würde es bei weitem besser gewesen sein, wenn sie jede Bezugnahme auf die angeblichen Fehler ihres Gegners als eines Beobachters und auf seinen vermuteten Mangel an Rechtschaffenheit fortgelassen hätten. Mackenzie aber hat sie in eingewurzeltem Hass (rancour) und Rücksichtslosigkeit bei weitem überflügelt. Sein Buch ist für das grosse Publikum bestimmt, und seine Gewandtheit als Schriftsteller und als Advokat, der auf seinem Zimmer Prozesse ausarbeitet, (special pleader), scheint ganz und gar keiner Kontrolle unterworfen gewesen zu sein, wo es sich darum handelte, die schlechteste Sache als die bessere erscheinen zu lassen. Seine Darstellung ist nichts weniger als eine „ganz simple Geschichte"; sie ist eine jammervolle Ausstellung von Eitelkeit gemischt mit Hass, verbrämt mit einer grossen Masse nicht zur Sache gehöriger Dinge. Wir fürchten, dass seine Reputation dafür zu leiden haben wird, und es steht zu hoffen, dass wir nie wieder eine medizinische Kontroverse in solcher Weise ausgefochten sehen werden."

Dem letzten Wunsche schliessen wir uns aus Herzensgrund an.

Indem wir nunmehr zur Analyse des Falles selbst übergehen, bemerken wir, dass wir selbstverständlich nicht beabsichtigen, jeden einzelnen Zwischenfall und jede einzelne Meinungsdifferenz ausführlich zu besprechen oder selbst nur zu erwähnen. Wir werden uns vielmehr auf eine ausführlichere Zergliederung der unserer Ansicht nach wirklich wichtigen Punkte beschränken. Eine genaue Kenntnis der beiderseitigen Darstellungen wird vorausgesetzt.

Entkleidet man den Fall des Kronprinzen aller persönlichen Elemente, so ist sein Verlauf ein durchaus einfacher:

Ein 56jähriger, in vollster Manneskraft stehender Fürst von herkulischem Körperbau wird von trockner, allmählich zunehmender Heiserkeit befallen. Zwei Monate später findet der konsultierte Kliniker als Ursache dieser Heiserkeit eine Verdickung des hinteren Abschnittes des linken Stimmbandes. Versuche, dieselbe mit der Schlinge, resp. mit dem Ringmesser abzutragen, scheitern, die galvanokaustische Zerstörung gelingt. Fünf Wochen später ist die Stimme heiserer wie früher, die inzwischen nachgewachsene Geschwulst grösser als zuvor, das Stimmband, dem sie aufsitzt, deutlich träger in seinen Bewegungen, als das andere. Der behandelnde Arzt, dem sich vorher schon infolge des ungewöhnlichen Sitzes und Aussehens der Geschwulst, sowie des Alters des Patienten Befürchtungen hinsichtlich der Natur der Neubildung aufgedrängt haben, kommt jetzt zur definitiven Ueberzeugung, dass es sich um Krebs handle. Zwei andere konsultierte Aerzte bestätigen diese Diagnose und stimmen mit ihm in der Ueberzeugung überein, dass nur von der Kehlkopfspaltung und gründlichen Ausrottung der Geschwulst möglicherweise Heilung zu erwarten sei. Ein vierter nunmehr konsultierter Arzt aber betrachtet den Beweis der krebsigen Natur der Neubildung als nicht erbracht und widersetzt sich der bereits mit Einwilligung des Hohen Patienten beschlossenen Radikaloperation. In einigen von ihm intralaryngeal entfernten Fragmenten findet der grösste, lebende Pathologe nur die Kennzeichen einer mit papillären Auswüchsen verbundenen Epithelwucherung. Der Hohe Patient vertraut sich der Behandlung des letztberufenen Arztes an und folgt ihm ins Ausland. Dort wird mit der intralaryngealen Behandlung der Geschwulst fortgefahren. Eine Zeit lang lauten die offiziellen Berichte sehr günstig, während die Beobachtungen eines zur Kontrolle beigegebenen jüngeren Arztes stetiges Weiterwachstum der Geschwulst verzeichnen. Noch im achten Monat nach dem Beginn der Erkrankung wird ein offizielles Bulletin herausgegeben, welches die völlige Heilung nur als eine Zeitfrage erscheinen lässt. Auch in den nächsten beiden Monaten, während welcher der Hohe Patient, ohne die Heimat zu berühren, zunächst in ein rauheres Gebirgsklima, dann nach Oberitalien geht, lauten anscheinend inspirierte Nachrichten in den verschiedensten Zeitungen beruhigend. Doch dringen schon zu jener Zeit beängstigende Nachrichten über die wirkliche Lage ins Publikum. Im zehnten Monat nach dem Beginn der Erkrankung erklärt der nunmehr behandelnde Arzt selbst das Aussehen der Geschwulst für bösartig. Ein Konsilium neuberufener Aerzte, zu welchem die anfänglichen Ratgeber nicht zugezogen werden, bestätigt, nachdem starkes akutes Oedem in der Nachbarschaft der befallenen Teile rückgängig geworden ist, die Krebsdiagnose. Zu jener Zeit hat das Leiden bereits auf die rechte Kehlkopfhälfte übergegriffen und zu dem Auftreten von Perichondritis geführt. Der Hohe Patient, dem die Alternative einer rein palliativen Behandlung, in deren Verlauf die Tracheotomie voraussichtlich erforderlich werden würde, und der Radikalbehandlung,

welche zu jener Zeit bereits die totale Exstirpation des Kehlkopfs notwendig gemacht haben würde, klar auseinandergesetzt wird, wählt die erstere. In den nächsten zwei Monaten schreitet das Leiden weiter fort, von neuem treten Oedeme auf, es kommt zur Ausstossung eines nekrotischen Gewebsstücks, das Sputum wird blutig, Atemnot, zuerst bei Anstrengungen, dann auch ohne solche, gesellt sich zu den bestehenden Erscheinungen, schliesslich wird, im vierzehnten Monate nach dem Beginne der Erkrankung, die Tracheotomie notwendig. Nach der Vornahme der Operation erfolgt nicht, wie gewöhnlich, ein wenigstens anscheinender temporärer Stillstand des Leidens. Der Auswurf nimmt im Gegenteil bedeutend zu und bleibt mehrere Wochen stark blutig; es werden in ihm nekrotische Gewebsfetzen und Knorpelfragmente gefunden: seine mikroskopische Untersuchung sichert die Krebsdiagnose auch vom histologischen Standpunkte. Die expektorierten Knorpelstücke werden immer grösser, der Auswurf bleibt massenhaft und wird eitrig, es tritt Infiltration der Weichteile der vorderen Halsgegend auf. Die tracheotomische Wundöffnung bedeckt sich mit wuchernden Geschwulstmassen, die sich wiederholt abstossen und von neuem bilden. Inzwischen ist Fieber aufgetreten, das Allgemeinbefinden, das bereits seit dem vierzehnten Monate der Krankheit gelitten hat, wird weniger und weniger gut, das Schlucken unmöglich, künstliche Ernährung durch die Schlundsonde unumgänglich. Das Fieber steigt, die Kräfte sinken. Unter diesen Erscheinungen erfolgt der Tod im achtzehnten Monate nach dem Beginne der Erkrankung. Bei der Autopsie ergibt sich als unmittelbare Todesursache frische gangräneszierende Bronchopneumonie, während sich der Kehlkopf als total zerstört durch Krebs, der obere Teil der Luftröhre als brandig zerstört erweist.

Um diesen einfachen Sachverhalt ranken sich zwei vielfach einander widersprechende, teilweise miteinander durchaus unvereinbare Schilderungen, zu deren Analyse es wünschenswert ist, den Verlauf der Krankheit in sechs, sich völlig natürlich ergebende Perioden einzuteilen.

Von diesen Perioden reicht:

1. die erste vom Beginne der Erkrankung bis zur Feststellung der Diagnose seitens der deutschen Aerzte, dem Beschluss der Radikaloperation, resp. der Berufung Sir Morell Mackenzie's;
2. die zweite umfasst die beiden Besuche des letztgenannten in Berlin;
3. die dritte begreift den Aufenthalt des Kronprinzen in England und Schottland in sich;
4. die vierte umfasst den Aufenthalt in Toblach und in Baveno und findet ihren Abschluss in der November-Konsultation in San Remo;
5. die fünfte schliesst den Rest des Aufenthaltes in San Remo bis zur Abreise des Kaisers Friedrich III. nach Deutschland ein;
6. die sechste und letzte reicht vom Eintreffen des Kaisers in Charlottenburg bis zu seinem Lebensende.

Vom Standpunkte ebensowohl des menschlichen wie des wissenschaftlichen Interesses sind zweifellos die drei ersten dieser Perioden als die bei weitem wichtigeren zu bezeichnen. Denn in ihnen lag nach vernünftigem Ermessen noch die — freilich stetig abnehmende — berechtigte Hoffnung vor, den hohen Patienten zu retten: als er von England nach Toblach ging, ohne Berlin zu berühren, war unserer Ueberzeugung nach sein Schicksal besiegelt.

Dieser Anschauung entsprechend, werden die Ereignisse der drei ersten Perioden ausführlicher besprochen werden, als die der drei letzten.

Die erste Periode ist charakterisiert durch Prof. Gerhardt's intralaryngeale Behandlung, die sich ihm aufdrängenden diagnostischen Zweifel, die Reise des Kronprinzen nach Ems, die Bestätigung der Krebsdiagnose, den Entschluss zur Radikaloperation von aussen.

Kein sachverständiger Leser wird nach der gegebenen Schilderung des ursprünglichen Befundes Prof. Gerhardt einen Vorwurf daraus machen können, dass er die Natur der Neubildung nicht sofort erkannt hat. Dies war eben anfänglich schlechterdings unmöglich. Wir verweisen in dieser Beziehung auf die allgemeinen Ausführungen des Leitartikels unserer letzten Nummer.

Ebensowenig möchten wir mit Prof. Gerhardt darüber rechten, ob in dem speziellen Falle des Kronprinzen sofortiges operatives Eingreifen indiziert war. Die Entscheidung dieser Frage muss für jeden einzelnen Fall dem Ermessen des behandelnden Arztes vorbehalten bleiben.

Gerade von diesem Standpunkt aber können wir nicht umhin, der Verallgemeinerung des Vorgehens in diesem speziellen Falle, wie sie Prof. Gerhardt in den Worten anstrebt (l. c. S. 14): „In jedem Falle einer kleinen, dem Stimmband ansitzenden Neubildung noch unbestimmten Charakters wird es Pflicht sein, sie zu entfernen. Welcher Arzt würde mit verschränkten Armen zusehen wollen und sie ruhig wachsen lassen, nur damit sie nicht bösartig werde? Wird die Neubildung zerstört und wächst mit einer bedrohlichen Schnelligkeit wieder, so wird man allerdings nicht säumen dürfen, sie durch die Spaltung des Kehlkopfes frei zugänglich zu machen und mit Stumpf und Stiel auszurotten" — einige ernste Bedenken entgegenzusetzen.

Wäre es stets möglich, eine klinisch verdächtige Kehlkopfneubildung mittelst eines oder einiger weniger intralaryngealer Eingriffe radikal zu exstirpieren, so liesse sich gewiss nichts gegen die Operation einwenden. Aber so liegt doch die Sache öfters nicht. Oft genug bedarf es — trotz Cocains — bei ungünstig sitzenden, sessilen, kleinen Neubildungen, bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen des Kehlkopfs, bei grosser Aengstlichkeit und Reizbarkeit des Kranken einer längeren Reihe von Versuchen, ehe die verdächtige Neubildung entfernt wird, und selbst dann

ist es oft genug unmöglich zu sagen, ob eine wirklich radikale Entfernung gelungen ist, oder ob nicht centrale Geschwulstteile zurückgelassen sind. So fest wir nun auch davon überzeugt sind, dass, wenn die Geschwulst gutartig war, sie nicht durch die operativen Eingriffe an sich in eine bösartige umgewandelt werden wird, so glauben wir doch andererseits im Einklange mit — so viel wir wissen gegenwärtig allgemein gehegten — pathologischen und chirurgischen Anschauungen, dass, wenn sie in der Tat primär bösartig war, die vorgenommenen Eingriffe durchaus nicht gleichgültiger Natur sind, dass vielmehr durch den öfters wiederholten operativen Reiz die Geschwindigkeit des Wachstums der Neubildung aller Wahrscheinlichkeit nach beschleunigt werden wird.

Und noch eine andere Erwägung kommt hier ins Spiel. Die Art der Vernichtung der Geschwulst ist nicht gleichgültig. So lange dieselbe wirklich entfernt wird, d. h. so lange Fragmente in die Hände des Operateurs gelangen, lässt sich der Eingriff, selbst wenn er den gewollten Zweck nicht vollständig erreicht, damit motivieren, dass die mikroskopische Untersuchung dieser Fragmente möglicherweise wichtige diagnostische Anhaltspunkte liefern kann. Zerstört man aber die verdächtige Geschwulst in loco mittelst der Galvanokaustik oder chemischer Agentien, so beraubt man sich selbst dieser Anhaltspunkte. Das ist gewiss nicht gleichgültig. Man wird dem Schreiber dieser Zeilen nach seinem erst ganz kürzlich im Centralblatt (S. 132 ff.) zitierten Warnungsbriefe sicherlich nicht nachsagen können, dass er die Bedeutung solcher mikroskopischer Untersuchungen überschätze. Ebensoweit aber ist er andererseits von einer Geringschätzung derselben entfernt. Er steht auch jetzt noch genau auf dem Boden der Anschauungen jenes Briefes, denen zufolge die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente ein wertvolles, obwohl nichts weniger als unfehlbares diagnostisches Hilfsmittel bildet!

Sollte diesen Ausführungen entgegengehalten werden, dass schnelles Wiederwachstum nach der Entfernung ebenfalls einen wertvollen diagnostischen Anhaltspunkt bildet, so würden wir darauf erwidern:

1. Ueppiges Wuchern einer Geschwulst nach intralaryngealen Eingriffen ist an sich **nicht** beweisend für die bösartige Natur derselben (vgl. Centralblatt S. 203).

2. Ueber der Operation und dem Abwarten des Recidivs verstreicht wahrscheinlich in den meisten Fällen ebensoviel Zeit, als ausgereicht haben würde, um durch klinische Beobachtung die Diagnose der Natur der Neubildung zu sichern.

3. Die intralaryngeale Operation selbst ist bei bösartigen Geschwülsten aus dem oben angeführten Grunde keine gleichgültige Sache.

Wir sind daher der Ansicht, dass es sich in der Mehrzahl aller frühzeitig zur Beobachtung kommenden Fälle von Kehlkopfneubildungen, die aus irgend einem oder dem anderen Grunde dem Beobachter ver-

dächtig erscheinen, mehr empfehlen wird — ausser wenn er ganz sicher ist, ein grösseres Fragment behufs mikroskopischer Untersuchung sofort entfernen zu können — die verdächtige Geschwulst eine nicht zu kurze Zeit unter Vermeidung aller Reize sorgfältiger Beobachtung zu unterziehen, als den klinischen Verlauf durch sofort vorgenommene Eingriffe, zumal durch Zerstörung in loco, zu modifizieren. In der Mehrzahl dieser Fälle wird durch eine 1—3 monatliche Beobachtungsperiode nicht zuviel kostbare Zeit verloren werden; der klinische Verlauf wird gewöhnlich weiteres Licht auf die Natur der Neubildung werfen; ist dieselbe gutartig, so schadet es natürlich nichts, dass sie ein paar Monate länger im Kehlkopf bleibt, und ihre Entfernung wird im Gegenteil um so leichter sein, je grösser sie ist; ist sie bösartig, so wird die Sache nicht durch operative Reize verschlimmert, und auch in diesem Falle wird eine spätere Entfernung von Fragmenten zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung leichter sein und mehr Aussicht auf ein zuverlässiges Resultat der letzteren bieten.

Aber wohlgemerkt: wir sprechen, wenn wir diese Gesichtspunkte aufstellen, erstens nur von verdächtigen Neubildungen, die frühzeitig zur Beobachtung kommen, wünschen zweitens selbst für diese Fälle nicht zu dogmatisieren und wollen drittens gewiss keine Verschleppung notwendiger Massregeln empfehlen! — Uns lag nur daran, der unserer Ansicht nach bedenklichen Anschauung entgegenzutreten, dass in jedem Falle die Entdeckung einer Kehlkopfneubildung mit der Idee eines sofortigen Eingriffs zu associieren sei.

Im Falle des Kronprinzen hielt Prof. Gerhardt sofortiges Einschreiten für indiziert und schritt nach dem Fehlschlagen von Entfernungsversuchen zur Galvanokaustik, mittelst derer er die Neubildung in der Tat erfolgreich zerstörte.

Es ist bekannt, in welcher Weise Sir Morell Mackenzie die Häufigkeit und schnelle Aufeinanderfolge der Sitzungen kritisiert und wie er an diese Kritik die unverzeihliche Insinuation geknüpft hat, dass Prof. Gerhardt den Krebs künstlich produziert hat. Denn wenn er auch sagt (l. c. S. 22): „Ich sage nicht, dass Gerhardt tatsächlich den Krebs verursacht habe“, so kommen doch, soweit wir sehen können, die ganzen Ausführungen des betreffenden Abschnittes darauf hinaus, dass er dies zu verstehen geben will. Jedenfalls versucht er, Gerhardt für die ganze spätere traurige Entwicklung verantwortlich zu machen.

Es ist dies eines der peinlichsten und unerfreulichsten Kapitel des ganzen Mackenzie'schen Buches. Was den Fall selbst anbetrifft, so scheint der Autor erstens ganz zu vergessen, dass er selbst, als er den Kehlkopf des hohen Patienten zuerst sah, nicht allein „nichts Charakteristisches“ in dem Aussehen des Gewächses fand (ibidem S. 8), sondern dass er auch nicht das Geringste anzugeben vermag, was auf ein früheres „Brutalisieren“ des Organs hindeutete.

Er vergisst zweitens ganz, dass noch am 15. Juni 1887, d. h. als der Kronprinz bereits in England unter seiner Behandlung war, die Pall Mall Gazette den Bericht eines Interview mit ihm mit folgenden bedeutsamen, gesperrt gedruckten Worten (auf die wir noch an anderer Stelle zurückzukommen haben werden) abschloss:

„In conclusion Dr. Mackenzie authorizes us to say, that unless some change takes place in the nature of the growth the Prince's health will be absolutely restored and such changes are so exceedingly rare, that practically they need not be considered.“

„Schliesslich ermächtigt uns Dr. Mackenzie zu der Erklärung, dass, ausser falls eine Veränderung in der Natur der Geschwulst stattfinden sollte, die Gesundheit des Prinzen absolut wiederhergestellt werden wird, und solche Veränderungen sind so excessiv selten, dass sie praktisch nicht berücksichtigt zu werden brauchen.“

Aus dieser niemals dementierten Darstellung ergibt sich zur Evidenz, dass noch mehr als zwei Monate nach dem letzten Brennen Prof. Gerhardt's (dasselbe fand am 7. April statt, l. c. S. 3) Sir Morell Mackenzie die Geschwulst so bestimmt als eine gutartige ansah, dass er selbst die Eventualität einer bösartigen Umbildung als praktisch nicht berücksichtigenswert ausschloss! —

Hiermit steht drittens ganz im Einklange — was Sir Morell ebenfalls ganz zu vergessen scheint —, dass er selbst noch lange nach Prof. Gerhardt's Eingriffen intralaryngeal operierte, ja selbst seiner eigenen Angabe nach am 8. August (l. c. S. 28), d. h. **volle vier Monate später** den Galvanokauter, von dessen Schrecknissen er dem Publikum ein so lebhaftes Bild entwirft, anwandte!! Allerdings betitelt er den Paragraphen, in dem er eine Beschreibung seiner eigenen, bezüglichen Leistung gibt, sehr bescheidenerweise: „Galvanokaustik, wie sie gebraucht werden soll.“ Aber das ändert nichts an der Tatsache, dass noch vier Monate nach Prof. Gerhardt's „brutaler“ Behandlung so wenig Kennzeichen der nunmehr insinuierten malignen Umbildung, ja selbst nur der „Perichondritis“, vorlagen, für deren Auftreten, wie nur „wenig Zweifel obwalten kann“, Gerhardt „zum grossen Teile verantwortlich ist“ (l. c. S. 23), dass sich Sir Morell Mackenzie noch immer berechtigt fühlte, an diesem seiner Schilderung nach so grausam behandelten Kehlkopf weitere galvanokaustische Eingriffe vorzunehmen! —

Es kann nach dem Obigen nicht der geringste Zweifel darüber obwalten, dass Sir Morell Mackenzie's furchtbare Anklage gegen seinen Kollegen einen Nachgedanken darstellt, dem jede Spur einer Grundlage fehlt! — Dass die Eingriffe Prof. Gerhardt's nicht allein sehr schonender Natur gewesen, sondern auch mit jener technischen

Kunstfertigkeit ausgeführt worden sein müssen, welche Sir Morell Mackenzie im ganzen Verlaufe seines Buches so augenscheinlich über alles andere stellt, geht für jeden Sachverständigen nicht allein aus der Tatsache hervor, dass sechs Wochen später nirgendswo im Kehlkopfe die Resultate von Verletzungen gesunder Teile sichtbar waren, wie solche auch bei von sehr geübten Operateuren vollzogenen Galvanokauterisationen durchaus nicht unerhört sind[1]), sondern vor allen Dingen daraus, dass es ihm gelang, die Geschwulst selbst in 13 täglichen Sitzungen fortzubrennen, ohne dass die Behandlung ein einziges Mal durch das Auftreten von Oedem oder von sonstigen Entzündungserscheinungen unterbrochen worden wäre.

Solchen Tatsachen gegenüber solche Insinuationen auszusprechen, richtet sich selbst. Aber hervorheben müssen wir noch, welche Unterlage Sir Morell selbst durch diesen Abschnitt seines Buches Prof. v. Bergmannn's schwerwiegender Anklage gegeben hat (Die Krankheit Kaiser Friedrich III., S. 90), dass Sir Morell Mackenzie sich bemüht habe, jede Verschlimmerung im Zustande des hohen Patienten einem seiner mit hinzugezogenen Kollegen zur Last zu legen. „Gerhardt", schreibt Prof. v. Bergmann, sollte zuerst die ursprünglich unschuldige Geschwulst durch seine Aetzungen in eine bösartige verwandelt haben. Als im November und im Februar, neben Schroetter, und statt Kussmaul seine Hinzuziehung von mir gewünscht wurde, hiess es, der könne unmöglich genommen werden, der sei an der ganzen schlimmen Wendung schuld." — In dem deutschen Bericht entbehrte diese gravierende Angabe dokumentarischer Bestätigung. Kann aber jetzt irgend jemand, der Sir Morell Mackenzie's eigene Anklage gegen Prof. Gerhardt liest, sich der Wahrscheinlichkeit verschliessen, dass es in der Tat Einflüsterungen ähnlicher Natur zu danken gewesen ist, dass derjenige Arzt, der die richtige Diagnose zur richtigen Zeit gestellt hatte, vom Krankenbette des hohen Patienten ferngehalten wurde?

Es ist wahrlich traurig! —

Und ebenso traurig ist es vom wissenschaftlichen Standpunkte, wenn man sieht, wie der Autor Mackenzie seine eigenen früheren Lehren verleugnet! —

„In manchen Fällen von Polypen, namentlich bei rezidivierenden Papillomen, habe ich selbst Jahre lang von Zeit zu Zeit operiert, ohne jemals eine bösartige Degeneration zu beobachten. In der Tat kenne ich unter den vielen hundert Fällen von Papillomen, die operiert worden sind, nur 3 Fälle (Gibb, Mackenzie und Rumbold), in denen ursprünglich gutartige Geschwülste späterhin einen bösartigen Charakter annahmen, und ich wüsste nicht, dass in irgend einem Falle auch nur die Spur eines Beweises vorläge, dass die Me-

1) Vgl. Morell Mackenzie, „Growths in the Larynx", p. 83.

thode der Behandlung einen ungünstigen Einfluss geübt hätte." (!)[1]).

So sagt Morell Mackenzie selbst an derjenigen Stelle seines Lehrbuches[2]), wo er diejenigen Meinungen bekämpft, zu deren verschämtem Vertreter er sich jetzt hergibt!

Un wie er in einigen dieser Fälle operiert hat, erzählt er uns ebenfalls: „Infolge der Kleinheit des Kehlkopfes wurde die Behandlung mit einiger Schwierigkeit mit Hilfe der Röhrenzange ausgeführt, und es bedurfte zweier Monate mit beinahe täglichen Sitzungen, um den Kehlkopf zu säubern." (!) So heisst es in Fall 46 in Mackenzie's „Growths in the Larynx" (p. 148). — „Er war beinahe sechs Monate unter Behandlung und während dieser Zeit wurden fast täglich Entfernungsversuche gemacht, die oft erfolglos waren." (!) So heisst es ebendort im Fall 64 (p. 166). — In anderen Fällen sind keine exakten Daten angegeben: es geht aber aus dem Zusammenhange klar hervor, dass der Verlauf der Behandlung dem in den zitierten Fällen beschriebenen ähnlich war.

Wir haben diese Fälle wahrlich nicht hier vorgebracht, um Sir Morell Mackenzie aus der langen Behandlungsdauer und der Häufigkeit seiner Eingriffe irgend welchen Vorwurf zu machen. Die meisten beschäftigten Spezialisten werden ähnliche Fälle in Behandlung gehabt haben.

Aber wie kann ein Operateur, der sich nicht scheut, in einem Falle nahezu sechszig Evulsionsversuche in sechszig Tagen, in einem andern gar nahezu hundertundachtzig derartige Versuche in hundertundachtzig Tagen vorzunehmen, es wagen, einem Kollegen ein Verbrechen daraus zu machen, dass er in vierzehn Tagen dreizehnmal den Galvanokauter angewandt hat? Wie kann er uns, oder vielmehr dem Laienpublikum ernsthaft von der festgestellten „Verbindung zwischen lokaler Irritation oder den dadurch herbeigeführten chronischen, strukturellen Veränderungen und der Entwicklung von Krebs" erzählen, wenn in seinen eigenen Worten der Beweis vorliegt, wie wenig er selbst vor der Produktion „lokaler Irritation" zurückgeschreckt ist? Weiss er nicht, dass selbst vom Standpunkte der „traumatischen Malignität" aus oft wiederholte, sich über eine lange Zeit erstreckende Reize, selbst wenn sie schwächerer Natur sind, mehr gefürchtet werden, als einige wenige, innerhalb kurzer Zeit erfolgende, energische Eingriffe? Oder sollte auch er, wie dies Prof. Gerhardt, l. c., so präzis ausdrückt, „etwa ganz besonders der galvanokaustischen Behandlung die Fähigkeit zutrauen, aus Polypen Krebse zu machen?"

Wir brauchen über die traurige Insinuation kein Wort weiter zu verlieren: das Ergebnis unserer Sammelforschung ist der beste Gegenbeweis gegen die ganze unheilvolle Theorie! —

---

1) Die gesperrten Worte sind im Original nicht gesperrt gedruckt.
2) „Die Krankheiten des Halses und der Nase." Vol. I. Deutsche Ausgabe. S. 430.

Dass Prof. Gerhardt's Sanktion zur Reise des Kronprinzen nach Ems uns vollständig gerechtfertigt erscheint, ist nach der oben entwickelten Anschauung über den Wert zeitweiliger ruhiger Beobachtung in diesen Fällen selbstverständlich. Ebenso können wir den Argumenten, mit welchen er seine, v. Bergmann's und Tobold's Krebsdiagnose rechtfertigt (l. c. S. 7), nach unseren eigenen Erfahrungen (vgl. die Leitartikel der beiden letzten Nummern) nur zustimmen. Wir würden freilich, wenn es irgend angängig wäre, die intralaryngeale Entfernung eines, eventuell mehrerer Fragmente zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung der Radikaloperation vorhergehen lassen, würden aber, wenn dies nicht möglich wäre[1]), ebenfalls bereit sein, bei einer Sachlage, wie der geschilderten, die Verantwortung für die sich aus der klinischen Diagnose ergebenden praktischen Folgerungen zu übernehmen. In dem vorliegenden Falle war es in der Tat in Berücksichtigung des Alters des hohen Patienten, des Sitzes und Aussehens der Neubildung, der wiederholten schnellen Rezidive und vor allem: der Trägheit in den Bewegungen des affizierten Stimmbandes kaum möglich, zu einer anderen Diagnose zu kommen, als der des Krebses, und weiterhin waren in der nun schon dreimonatlichen Dauer des Leidens, der auf tiefere Infiltration hinweisenden Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes, dem Sitze der Neubildung in bedenklicher Nähe der hinteren Kehlkopfwand Fingerzeige genug gegeben, die Radikaloperation nicht länger hinauszuschieben. Noch durfte man hoffen, mit der blossen Laryngofissur und Entfernung von Weichteilen auszukommen, aber schon damals war es doch nach Prof. Gerhardt's eigenen Worten (l. c. S. 8) „fraglich . . . . ob man ein Stück des Schildknorpels mit hinwegnehmen musste.“ Jede weitere Verschiebung würde offenbar die Wahrscheinlichkeit notwendig werdender tieferer Eingriffe vermehrt haben. Wenn wir an die klaren und überzeugenden Ausführungen Prof. v. Bergmann's hinsichtlich der damals beabsichtigten Operation (l. c. S. 18—21) irgendwelche Kritik anlegen wollten, so würde es die sein, dass wir gewünscht hätten, die Eventualität partieller Knorpelresektion, ja selbst partieller Exstirpation des Kehlkopfs schärfer betont zu sehen, und klar hervorgehoben zu hören, dass man erforderlichenfalls auch vor diesen Eingriffen nicht zurückgeschreckt wäre, statt dass es dort heisst (l. c. S. 19), dass „von einer anderen Operation als der Spaltung des Kehlkopfs behufs Exstirpation der kleinen, an der unteren Fläche des linken Stimmbandes sitzenden Geschwulst im Mai des vorigen Jahres nicht die Rede gewesen sei“. — Wir zweifeln nicht einen Augenblick, dass nur diese Operation in Aussicht genommen war; da aber der Prozess sich doch jedenfalls teilweise im subglottischen, der laryngoskopischen Untersuchung nicht frei zugänglichen Raume abspielte, musste man doch wohl darauf

1) Vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 122, Fall II. — Ueber das Verhalten bei etwaigem negativem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung weiterhin mehr.

gefasst sein, ihn möglicherweise weiter ausgedehnt zu finden, als sich dies nach der laryngoskopischen Untersuchung schliessen liess, und es würde den Vorwürfen hinsichtlich unberechtigten „Opitimismus“ die Spitze abgebrochen haben, wenn man sich hinsichtlich der unter diesen Umständen eventuell erforderlich gewordenen Massregeln ganz rückhaltlos ausgesprochen hätte.

Mit dieser Einschränkung können wir uns sowohl mit den Ausführungen, wie mit den operativen Plänen der ursprünglichen Ratgeber des Kronprinzen vollkommen einverstanden erklären.

Die wichtigsten Ereignisse der zweiten Periode sind: der Widerspruch Sir Morell Mackenzie's gegen die Diagnose und die vorgeschlagene Radikalbehandlung, seine intralaryngealen Operationen, die mikroskopische Untersuchung der Fragmente seitens Prof. Virchow's und Sir Morell's Verwertung der Virchow'schen Gutachten, sowie die Uebereinkunft der Aerzte hinsichtlich der weiteren Behandlung.

Von dem Augenblicke, in welchem Sir Morell in Berlin erscheint, beginnen die Differenzen. Die beiden Berichte stimmen nur darin überein, dass er der Diagnose der deutschen Aerzte nicht beitrat, über den Grad des Widerspruches gehen sie schon auseinander. Prof. Gerhardt (l. c. S. 9) und Prof. v. Bergmann (l. c. S. 22) versichern auf das Bestimmteste, dass Sir Morell die Geschwulst nicht für Krebs gehalten habe. Prof. v. Bergmann führt zur Bestätigung dessen sogar an, dass Sir Morell ihm gesagt: „Ich bin überzeugt, wenn nicht Ihr Interesse für den geliebten Kronprinzen Sie beherrschte, bei einem gewöhnlichen Patienten Ihrer Klinik, Sie gar nicht an Carcinom in diesem Falle denken würden.“ Das ist in der Tat unzweideutig genug. Ausserdem heisst es im „British Medical Journal“ vom 18. Juni, Vol I, 1887, p. 1345, unter ausdrücklicher Berufung auf Sir Morell selbst: „Vom klinischen Standpunkte aus ist Dr. Mackenzie der Ansicht, dass die Neubildung ganz und gar nicht (!) das Aussehen der Bösartigkeit hat.“

Demgegenüber sagt Sir Morell Mackenzie in seiner eigenen Schrift (l. c. S. 7), er habe erklärt: „Dass in dem Aussehen des Gewächses nichts Charakteristisches sei, und dass daher ohne eine eingehendere Untersuchung es ganz unmöglich sei, eine bestimmte Erklärung bezüglich der Natur desselben abzugeben.“ Und weiterhin (S. 16); „Ich sagte nicht, sie (d. h. die Geschwulst) sei nicht Krebs; ich sagte bloss, diese Ansicht sei „nicht erwiesen“, und in der Abwesenheit eines positiven Beweises weigerte ich mich usw. usw.“

Gegenüber diesen miteinander unvereinbaren Schilderungen bitten wir unsere Leser, noch einmal das Zitat aus der Pall Mall Gazette (S. 26) nachzuschlagen. Dort ermächtigt Sir Morell den Interviewer zu der Erklärung: der Kronprinz werde absolut geheilt werden,

ausser wenn ein durchaus unwahrscheinliches und bis dahin jedenfalls noch nicht erfolgtes Ereignis (nämlich: die Umwandlung in Krebs) eintrete.

Diese Aeusserung stimmt vollständig mit den Darstellungen der deutschen Aerzte und des Britisch Med. Journal überein, denen zufolge Mackenzie die Geschwulst nicht für Krebs hielt, denn in diesem Falle konnte er allerdings eine Heilung mit grosser Wahrscheinlichkeit versprechen. Sie stimmt aber nicht überein mit Sir Morell Mackenzie's eigener Darstellung seiner Haltung in Berlin, denn es ist sonnenklar, dass er keine Heilung versprechen konnte und durfte, wenn er der Ansicht war, dass die Krebsdiagnose nur „nicht erwiesen" sei.

Sir Morell hat sich also hier in einen Widerspruch mit sich selbst gesetzt.

Er könnte einen Ausweg darin suchen, dass er sagte: zwischen seine Aeusserungen in Berlin und diejenigen dem Pall Mall Gazette-Interviewer gegenüber fielen die günstigen Gutachten Prof. Virchow's.

Bei dieser Ausrede aber wälzte er nicht nur die dem Kliniker gebührende Verantwortung auf die Schultern des pathologischen Anatomen, sondern verleugnete auch alle seine eigenen früheren Traditionen, die der mikroskopischen Untersuchung anfänglich gar keinen, späterhin nur einen bedingten Wert zuerkennen wollten.

Ueber diese beiden Punkte weiterhin mehr; hier nur soviel, dass uns der oben klar gelegte, innere Widerspruch zwischen seinen Aeusserungen selbst bei Benutzung des erwähnten Auswegs nicht gelöst erscheint.

Ebensowenig ist die Art und Weise überzeugend, wie Sir Morell den klaren Argumenten der deutschen Aerzte gegenüber seinen Widerspruch verteidigt. Gerade hier hätte man positive, wissenschaftliche Stützpunkte für seine Ansicht erwarten dürfen. „Nicht charakteristisches Aussehen" ist eine schwächliche Ausflucht gegenüber der Geschichte des Falles, dem Alter des Patienten, dem Sitze der Geschwulst, vor allem der Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes. Auch über letztere lauten die Versionen verschieden: Prof. Gerhardt zufolge hat Sir Morell, als er auf den letztgenannten Punkt aufmerksam gemacht wurde, gesagt (l. c. S. 13): „Ich sehe das nicht." In seinem eigenen Bericht dagegen sagt Sir Morell (l. c. S. 7): „Das affizierte Stimmband bewegte sich nicht mit derselben Leichtigkeit, wie das Stimmband auf der rechten Seite, da die Bewegung der Fasern durch den daran befindlichen Auswuchs behindert wurde, welcher auch verhinderte, dass die zwei Stimmbänder in derjenigen Weise zusammenkamen, welche erforderlich ist, um einen hellen artikulierten Ton hervorzubringen."

Danach hat er jedenfalls dies wichtige Symptom bereits in Berlin gesehen. Seine Erklärung desselben ist offenbar nur auf das grosse Publikum berechnet: jeder erfahrene Laryngologe weiss, dass selbst

grosse gutartige Neubildungen die „Bewegung der Fasern“ an sich nicht behindern, wenn sie auch bei gewissen Lagen den Glottisschluss bisweilen mechanisch zu verhindern vermögen. Wenn Sir Morell in der Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes im vorliegenden Falle, während das Gewächs seiner eigenen Beschreibung nach (l. c. S. 6) nur etwa „die Grösse einer gespaltenen Erbse hatte“, nichts „Charakteristisches“ sah, so ist es in der Tat nicht leicht zu sehen, was er bei Stimmbandkrebsen dieser Grösse überhaupt als „charakteristisch“ anerkennen will! — Es erscheint uns kaum denkbar, dass einem so erfahrenen Laryngologen nicht eigene, frühere Erfahrungen die schwerwiegende Bedeutsamkeit dieses Symptoms im vorliegenden Falle ins Gedächtnis zurückgerufen und dauernd schwere Besorgnisse in ihm wachgehalten haben sollten! — — — —

Andererseits kann nicht der geringste Zweifel darüber obwalten, dass, wenn Sir Morell wirklich nicht sicher über die Natur der vorliegenden Neubildung war, er durchaus Recht hatte, darauf zu dringen, dass der Versuch einer intralaryngealen Entfernung von Fragmenten behufs mikroskopischer Untersuchung gemacht würde. Denn so lange im Geiste eines Arztes, der einen höchst verantwortlichen Rat erteilen soll, nur der geringste Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose herrscht, ist es seine Pflicht, kein einziges Hilfsmittel unbenutzt zu lassen, das möglicherweise weiteres Licht auf die Natur des fraglichen Leidens werfen kann. Dass die mikroskopische Untersuchung in Fällen, wie dem vorliegenden, zu diesen Hilfsmitteln gerechnet werden muss, wird wohl auch von denjenigen nicht geleugnet werden, die für die ihr anhängenden Schattenseiten ein offenes Auge haben.

Zwischen der Benutzung einer Methode aber und ihrer masslosen Ueberschätzung liegt eine weite Spanne Weges und diese hat Sir Morell zweifelsohne, noch dazu mit Verleugnung seiner eigenen früheren Lehren, in diesem Falle übersprungen. Er selbst blickt auf ganz bestimmte, eigene Erfahrungen hinsichtlich des Wertes der mikroskopischen Untersuchung in diesen Fällen zurück. Er hat diesen Erfahrungen den denkbar unzweideutigsten Ausdruck gegeben und dieser Ausdruck war ein absolut absprechender! — Wenn auch spätere Erfahrungen vielleicht seine ungünstige Meinung einigermassen modifiziert haben mögen, so konnten sie doch niemals seine früheren tatsächlichen Erfahrungen ungeschehen machen und der mildeste Richter wird, wenn er die beiden folgenden Citate mit einander vergleicht, nicht umhin können, zu urteilen, dass sich Sir Morell Mackenzie in dieser Frage, die von so entscheidender Bedeutung für das Leben des Kronprinzen werden sollte, unglaublicher Inkonsequenz schuldig gemacht hat:

Sir Morell Mackenzie. 1871. („Growths in the Larynx“, p. 36).	Sir Morell Mackenzie. 1888. („Pall Mall Gazette“, 15. Juni 1887).
„In diesen Fällen“ (es ist von der	„Dr. Mackenzie hat hinsichtlich

Differentialdiagnose zwischen bösartigen und gutartigen Kehlkopfgeschwülsten die Rede) „kann man sich auf das Mikroskop für die Differentialdiagnose nicht verlassen (!), falls Fragmente expektoriert, oder intra vitam mit Hilfe des Laryngoskops entfernt werden sollten. Mehrere (!) Fälle sind zu meiner Kenntnis gekommen, in denen die histologischen Züge entschieden die des Krebses waren, während der klinische Verlauf einen völlig verschiedenen Charakter trug, und umgekehrt (!)". der Natur der Geschwulst keine Verantwortlichkeit übernommen, und will keine solche Verantwortlichkeit übernehmen. Hierfür hält er Dr. Virchow als gänzlich verantwortlich[1] (!)".

Kein Drehen und kein Deuteln kann an diesem inneren Widerspruch etwas ändern! Ein Kliniker, der „mehrere" Fälle gesehen hat, in denen die histologischen Züge nicht die des Krebses waren, während der klinische Verlauf die Existenz dieses Leidens erwies, darf nun und nimmermehr die Verantwortlichkeit für die Diagnose von sich auf den pathologischen Anatomen abwälzen! Und wenn Sir Morell Mackenzie sich jetzt in seiner Antwort aus diesem Dilemma mit der Ausrede zu retten versucht, dass er sagt (l. c. S. 103), er habe mit der citierten Stelle zu „verstehen geben wollen, dass man sich nicht immer auf eine vereinzelte Untersuchung verlassen könne", so muss er vollständig vergessen haben, dass er selbst in dem citierten Buche einen Fall ausführlich mitteilt, in dem wiederholte, von bedeutenden Pathologen angestellte mikroskopische Untersuchungen zu den trügerischsten Schlüssen führten.

Die bezügliche Schilderung, deren wir teilweise erst kürzlich in anderer Verbindung im Centralblatt zu gedenken hatten (dieser Jahrgang, S. 93), lautet wörtlich („Growths in the Larynx", p. 185):

„Bei der Autopsie wurde das ganze Innere des Kehlkopfs von einem enormen, blumenkohlähnlichen Auswuchs ausgefüllt gefunden, welcher sich vom Niveau der arytaeno-epiglottischen Falten mehr als 4 Zoll nach unten erstreckte und daher einen vollen Zoll unterhalb der tracheotomischen Wundöffnung herabreichte. Ebenso drang er bis zur Basis der rechten arytaeno-epiglottischen Falte vor, und hatte sich in die rechte Fossa hyoidea ausgedehnt und dieselbe vergrössert.. Die Geschwulst erstreckte sich entlang der Bahn der Kanüle zur Aussenseite des Halses und bildete einen dicken, $1^1/_2$ Zoll breiten Saum um die tracheotomische Oeffnung, so dass die vermeintlichen

1) Die gesperrt gedruckten Worte dieser Citate sind mit Ausnahme der Worte „hat" und „will" im Original nicht gesperrt gedruckt.

Granulationen unter dem Kanülenschilde sich als Neubildungen von genau derselben Natur wie die Geschwulst im Kehlkopf herausstellten." (!) (Beiläufig mag hier schon bemerkt werden, dass es recht instruktiv ist, diese Schilderung mit Prof. v. Bergmann's Angaben über den Befund vom 8. April im Falle des Kaisers und Sir Morell Mackenzie's Ansichten über die Natur der äusseren Wucherungen in jenem Falle — S. 83 des deutschen Berichts — zu vergleichen!)

„Die excessive Wucherung der Neubildung in diesem Falle deutete darauf hin, dass dieselbe anderer als gutartiger Natur sei, und ihre mikroskopische Untersuchung illustriert die enorme Schwierigkeit, zu genauen Schlüssen hinsichtlich der Histologie dieser Geschwülste zu kommen, selbst wenn die Neubildung in toto zur Untersuchung kommt. Das Gebilde wurde von mehreren eminenten Mikroskopikern untersucht und wurde anfänglich für ein einfaches Papillom gehalten. Bei einer anderen Untersuchung wurde gefunden, dass sich fibröses Gewebe entwickelt hatte; und die Neubildung wurde nunmehr für fibrocellulär erklärt. Noch später entdeckte mein Bruder, Mr. Stephen Mackenzie, einige nestartig angeordnete (nested) Zellen (Paget's „laminated capsules"). Eine derselben ist auf Taf. 1, Fig. 8 abgebildet und infolge der enormen Wichtigkeit dieses Elementes muss der Fall unzweifelhaft in die Kategorie der carcinomatösen Geschwülste eingereiht und als Epitheliom angesehen werden. Die ganze Oberfläche der Geschwulst war mit Papillomen bedeckt. Die Tatsache, dass sie während des Lebens als gutartig angesehen und behandelt wurde, hatte mich dazu geführt, sie in diese Fälle einzuschliessen und da ich dies getan hatte, ehe wiederholte mikroskopische Untersuchungen irgendwelche krebsige Elemente zu entdecken vermocht hatten[1]), hielt ich es nicht für fair, sie später auszuschliessen."

Muss nicht den Leser ein bitteres Gefühl beschleichen, wenn er sieht, dass ein Autor mit solchen eigenen Erfahrungen nach dem ersten Bericht Virchow's über das erst entfernte winzige[2]) Fragment an den Herausgeber der Deutschen Revue schreiben konnte: „Ich bin sehr erfreut, Ihnen mitteilen zu können, dass durch die mikroskopischen Untersuchungen Prof. Virchow's jetzt vollkommen festgestellt ist, dass die Krankheit nicht der Krebs war."?

Selbst wenn Sir Morell seine früheren Ansichten über den Wert der mikroskopischen Untersuchung bedeutend modifiziert hatte, selbst wenn er Prof. Virchow's Gutachten weit über diejenigen aller Pathologen stellte, die ihm in früheren Fällen assistiert hatten, selbst wenn er die klinische Diagnose seiner Kollegen als „nicht erwiesen" betrachtete, so mussten ihn seine eigenen Erfahrungen darüber belehren, dass nunmehr die Sachlage höchstens die war, dass er in dem negativen

1) Die gesperrt gedruckten Worte dieses Citats sind im Original nicht gesperrt gedruckt.
2) Vgl. Berliner klin. Wochenschr. 1887. S. 877.

Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung eine Stütze für seinen Widerstand gegen die sofortige Vornahme den Radikaloperation gefunden hatte. Weiter durfte er unter keinen Umständen gehen. Und hätte er in dem Taumel des Triumphes über die anscheinende Bestätigung seiner optimistischen Ansicht wirklich für den Augenblick seiner eigenen früheren Erfahrungen vergessen, so hätten die nicht zufällig gerade zu jener Zeit publizierten, durch sehr triftige Gründe veranlassten, wohlmeinenden Warnungen Mr. Butlin's und des Herausgebers des Centralblatts (vgl. Centralblatt, V, S. 132 ff.), sowie die ausdrückliche Warnung Virchow's selbst (Berliner klin. Wochenschr., No. 47, 1887), dass sich aus den beiden exstirpierten Stücken mit Sicherheit nicht ersehen liesse, ob das „prognostisch sehr günstige Urteil", das über die gesunde Beschaffenheit der Gewebe an der Schnittfläche gefällt wurde, „in bezug auf die gesamte Erkrankung berechtigt wäre" — wohl Beachtung von seiner Seite verdient! —

Aber wie früher die warnenden Zeichen des klinischen Verlaufs und Befundes, so wurden jetzt und später die pathologischen Mahnungen zur Vorsicht ignoriert, und Sir Morell klammerte sich nur an diejenigen Aeusserungen des Pathologen, die als Bestätigungen seiner eigenen Ansicht gedeutet werden konnten.

Es wird hier unsere sehr unerfreuliche, aber im Interesse der Gerechtigkeit unumgängliche Pflicht, unser Bedauern darüber auszusprechen, dass Prof. Virchow bei der Abgabe seiner Gutachten sich mehrfach von seinem warmen, menschlichen Interesse für den hohen Patienten hat fortreissen lassen, formell wenigstens, die scharfgezogene Grenze zu überschreiten, die unserer tiefsten Ueberzeugung nach für den Pathologen in diesen Fällen existiert:

„Der pathologische Anatom kann nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment positive Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Angesichts des immerhin auf ein Ungefähr angewiesenen Charakters der intralaryngealen Entfernung, der Tatsache, dass Neubildungen ganz und gar nicht gleichförmig in ihrer Struktur zu sein brauchen, des Faktums, dass bisweilen papilläre Auswüchse von einer epitheliomatösen Basis entspringen etc. etc., kann das entfernte Stück ohne jede Beweiskraft für den wahren Charakter des Leidens sein, und ist es in der Tat oft nicht."

So schrieb der Verfasser dieses Artikels, noch ehe ein einziges der Virchow'schen Gutachten veröffentlicht worden war (vgl. Brit. Med. Journal, 4. Juni 1887 und Centralblatt, Jahrg. V, S. 135) und an dieser Ansicht muss er noch heute ohne die geringste Modifikation festhalten.

Es kann leider nicht in Abrede gestellt werden, dass Prof. Virchow — in der Form wenigstens — weiter gegangen ist. Wohl wird Niemand

einen Augenblick zweifeln, dass seine bezüglichen Aeusserungen nur von den humansten Gefühlen diktiert waren, wohl hat er, wie unser obiges Citat zeigt, selbst vor einer Ueberschätzung, vor einer Verallgemeinerung seiner günstigen Schlüsse gewarnt, sicherlich hat er Sir Morell Mackenzie keine Veranlassung dazu gegeben, die ganze Verantwortlichkeit auf seine Schultern zu wälzen. Aber ebensowenig scheint uns ein Zweifel darüber obwalten zu können, dass Aeusserungen wie: „Obwohl diese Stelle eine sehr ausgeprägte Erkrankung erlitten hat, so ergibt doch die gesunde Beschaffenheit der Gewebe an der Schnittfläche ein prognostisch sehr günstiges Resultat[1]." .... „Jedenfalls ist an denselben (den beiden exstirpierten Stücken, auf welche sich das erst mitgeteilte Citat bezieht) nichts vorhanden, was den Verdacht einer weiteren und ernsteren Erkrankung hervorzurufen geeignet wäre[2]." .... „Das excidierte Stück hat sich daher in noch höherem Grade, als die bei der vorletzten Operation gewonnenen, als eine, von einer mässig gereizten und verdickten Oberfläche ausgegangene, harte zusammengesetzte Warze ergeben, und die Basis derselben hat auch nicht den entferntesten Anhalt für die Annahme einer in das Gewebe eindringenden Neubildung geliefert" .... ferner die schon von v. Bergmann (l. c. S. 25) citierte Stelle aus dem Vortrage über „Pachydermia laryngis" — wohl dazu verwertet werden konnten, wie sie es tatsächlich worden sind, die Diagnose des pathologischen Anatomen über dasjenige Mass hinaus auszudehnen, welches sie beanspruchen konnte und die Stellung desjenigen, der klinisch optimistische Ansichten verfocht, auch anatomisch zu befestigen.

Ueber die histologischen Tatsachen selbst ist nichts weiter zu sagen, als dass es sich offenbar um eine jener Mischgeschwülste gehandelt hat, von denen uns Virchow im ersten Bande seiner „Krankhaften Geschwülste" (S. 348) eine so meisterhafte Schilderung gegeben hat. Gegen die Annahme zweier gleichzeitig und unabhängig voneinander bestehenden gutartigen und bösartigen Neubildungen sprechen auf das entschiedenste die laryngoskopischen Befunde zu den verschiedensten Zeiten.

Ein paar Worte sind an dieser Stelle über die unerquickliche Episode der Verletzung des gesunden, rechten Stimmbandes bei der intralaryngealen Operation vom 23. Mai erforderlich. Hinsichtlich der verschiedenen Schilderungen derselben verweisen wir auf die Originalberichte (S. 9 des deutschen, S. 13 des englischen Berichts). Uns ist es nicht zweifelhaft, dass eine Verletzung, welche von vier unabhängigen, zuverlässigen Beobachtern (Gerhardt, v. Bergmann, Tobold, Landgraf) bezeugt wird, in Wirklichkeit zugefügt worden ist, und Sir Morell Mackenzie's theoretische, gegenteilige Auseinandersetzungen (l. c. S. 14) haben uns ganz und gar nicht zu überzeugen vermocht. Denn was er von der Unmöglichkeit sagt, mit seiner Zange eine glatte

1) Zweites Gutachten. Vgl. Berliner klin. Wochenschr. 1887. S. 878.
2) l. c. S. 272.

Oberfläche zu verletzen, gilt nur für den Fall, dass die Zange sich bei der Operation mathematisch genau in der Mittellinie der Glottis und parallel zur Sagittalebene des Körpers befindet. Weicht sie aber nur um ein Geringes von derselben nach rechts oder links in der Weise ab, dass sich der unterhalb der Krümmung gelegene Teil des Instruments zur einen, der oberhalb der Krümmung gelegene zur anderen Seite der Sagittalebene befindet, während gleichzeitig infolge geringer Hebung oder Senkung des operierenden Arms die im Niveau der Glottis befindliche Spitze eines der beiden schneidenden Löffel, in welche die Zange ausläuft, etwas höher steht, als die des anderen, so ist eine Verletzung der Stimmbänder durchaus nicht so unmöglinh, wie Sir Morell sie darstellt. Man kann sich hiervon leicht experimentell am toten Kehlkopf überzeugen und wird dann auch sehen, dass die in der Beschreibung ziemlich kompliziert klingenden, zum Zustandekommen einer Verletzung notwendigen Vorbedingungen in Wirklichkeit leicht genug zusammentreffen können.

Während wir aber sowohl glauben, dass Sir Morell das rechte Stimmband verletzt hat, wie es auch ganz begreiflich finden, dass die deutschen Aerzte der Tatsache in ihrer Broschüre Erwähnung tun, da es für sie darauf ankam (l. c. S. 25) zu motivieren, warum sie „das Vertrauen, das sie zu seiner Berufung veranlasst hatte, verloren hatten“, und weil die „Unzuverlässigkeit seiner Manipulationen im Kehlkopf des Kronprinzen“ hierbei natürlich eine Rolle spielte, — so müssen wir doch andererseits gestehen, dass unserem Gefühl nach aus diesem Missgeschick etwas zu viel gemacht worden ist! — Auch dem besten Operateur kann ein derartiges, an sich nicht bedenkliches Malheur bei intralaryngealen Operationen begegnen, und wenn man Sir Morell Mackenzie weiter nichts vorzuwerfen hätte, als diesen, an sich ja gewiss sehr bedauerlichen Missgriff, so würden wir sicherlich nicht ein Verdammungsurteil abgeben. Die Episode hätte wohl mit ein paar Worten abgemacht werden können: wie sie jetzt berichtet ist, lenkt sie nur die Aufmerksamkeit von viel wichtigeren und viel gravierenden Punkten ab.

Zum Schlusse dieses Abschnitts erübrigt noch, der ärztlichen Vereinbarungen zu gedenken, unter welchen der Kronprinz nach England ging, da man den deutschen Aerzten nachträglich vielfach den Vorwurf gemacht hat, sie seien zu dieser Zeit nicht energisch genug aufgetreten, und da Sir Morell Mackenzie selbst die erstaunliche Kühnheit hat, jetzt in seinem Buche zu behaupten (l. c. S. 19), dass „seine Kollegen seine Verantwortlichkeit teilten“.

Es ist uns unmöglich zu sehen, wie die deutschen Aerzte korrekterweise anders handeln konnten, als sie getan haben. Sie hatten die richtige Diagnose so frühzeitig als möglich gestellt und die schonendste Form der Radikalbehandlung proponiert. Ihre klinische Diagnose aber war bestritten worden, und die histologische Untersuchung hatte — anscheinend wenigstens — die Behauptungen ihres Gegners unterstützt.

Was sollten sie denn nun tun? Sir Morell Mackenzie antwortet (l. c.): „sich offen von mir lossagen und einen separaten Bericht erstatten.“ Der „separate“ Bericht ist für jeden, der nicht Wortklauberei treibt, erstattet worden, denn in der Konsultation vom 25. Mai erklärte v. Bergmann ausdrücklich, dass er die Geschwulst für eine bösartige Neubildung halte, während Gerhardt's und Tobold's Vota auf das Gleiche hinauskommen (vgl. den deutschen Bericht, S. 11). Das „Sich-offen-von-mir-lossagen“ aber hätte mit anderen Worten geheissen: den Kronprinzen bedingungs- und rettungslos einem Arzte anzuvertrauen, zu dem die Kollegen, die ihn berufen, das Vertrauen „vollständig verloren hatten“! —

Für uns ist es ein viel höherer Beweis sittlicher Ehre, dass die deutschen Aerzte mit Hintenansetzung jeglicher Eigenliebe im Interesse ihres Patienten noch zu retten versuchten, was voraussichtlich möglich war, als dass sie sich feierlich von Sir Morell losgesagt und damit einen fürchterlichen Skandal provoziert hätten, der doch aller Wahrscheinlichkeit nach keine für den Patienten nützlichen Folgen gehabt hätte. Denn selbst wenn dann noch der eine oder andere Spezialist berufen worden wäre und sich ihrer Ansicht angeschlossen hätte, so hätte derselbe doch voraussichtlich keine anderen Argumente brauchen können, als die bereits ins Feuer geführten, und das wäre zu der Zeit angesichts der Verwertung, welche das Gutachten Virchow's bereits gefunden, beinahe sicher nutzlos gewesen. Es lässt sich zwischen den Zeilen des deutschen Berichtes über den Beschluss der Reise des Kronprinzen nach England (Ss. 14, 15, 27, 28) vieles herauslesen! — —

Die deutschen Aerzte taten daher unserer Ueberzeugung nach alles, was sie der ohne ihr Zutun beschlossenen Sache gegenüber tun konnten, indem sie die Wünsche aufstellten (ebend. Ss. 15 u. 28):

1. „es solle Ueberwachung durch einen der Laryngoskopie kundigen deutschen Arzt stattfinden;“
2. „die Behandlung des Herrn Mackenzie solle sich so weit erstrecken, als er selbst angegeben, bis die Geschwulst sich als bösartig erweise nach mikroskopischer Untersuchung eines Stückes oder sonst. (!) Zu dem Zwecke sollten etwa später herausgenommene Stücke an Virchow zur Untersuchung geschickt werden.“

Auf welche Weise und durch wen die in Aussicht genommene und von dem hohen Patienten selbst gewünschte (l. c. S. 15) Begleitung Prof. Gerhardt's auf der Reise nach England in letzter Stunde vereitelt wurde, geht weder aus der deutschen noch aus der englischen Darstellung hervor. Eine spätere Zeit mag hierüber vielleicht Aufklärung erhalten. Die bezüglichen Insinuationen Sir Morell Mackenzie's („Friedrich der Edle“, S. 115) richten sich selbst, und erhalten noch dazu eine eigentümliche Beleuchtung durch die von ihm selbst angegebene Tatsache (ebendas. S. 20), dass er der Frau Kronprinzessin vor

seiner Abreise aus Potsdam erklärt habe, er „lehne es ab, zukünftig mit Prof. Gerhardt in einem Konsilium zusammenzutreffen, obwohl er durchaus keinen Wunsch besässe, zu verhindern, dass er den Hals des Kronprinzen untersuche, so oft Se. Kaiserl. Hoheit dies wünsche."

An Gerhardt's Stelle wurde Landgraf als laryngoskopischer Reisebegleiter dem Kronprinzen beigegeben.

Die dritte Periode, in welche wir nunmehr eintreten und welche den Aufenthalt des Kronprinzen in England und Schottland umfasst, ist an sensationellen Zwischenfällen die ärmste, sachlich aber unserer Ueberzeugung nach die wichtigste der ganzen Krankheit. Noch durfte man hoffen, durch die Radikaloperation, deren Natur freilich von Woche zu Woche, entsprechend dem Fortschreiten des Leidens, eine eingreifendere werden musste, des Uebels Herr zu werden, wenn sich die Diagnose der deutschen Aerzte trotz der bisherigen negativen mikroskopischen Ergebnisse bestätigen sollte. Sorgsamste Ueberwachung, peinlichste Genauigkeit in der Untersuchung waren daher aufs dringendste geboten, um nicht kostbare Zeit zu verlieren. Alles aber kam darauf an, unter keinen Umständen den letzten Augenblick, in dem die Radikaloperation noch verhältnismässig günstige Chancen dargeboten hätte, ungenützt vorübergehen zu lassen. Deutscher Seite hatte man gehofft, durch die erwähnten Abmachungen mit Sir Morell Mackenzie, sowie durch die von Landgraf auszuübende Kontrolle einer solchen Versäumnis der letzten Aussicht auf Rettung vorgebaut zu haben! Allein man hatte sich getäuscht.

Im Augenblick der Ankunft des Kronprinzen in England erklärte Sir Morell, dass es für ihn „unmöglich sein würde, die Mitwirkung des Dr. Landgraf für die Durchführung der Details der von ihm vorgeschlagenen Behandlungsmethode anzunehmen" („Friedrich der Edle", S. 24) und etablierte zunächst Herrn Dr. Norris Wolfenden, später Mr. Mark Hovell, als ständig bei dem Kronprinzen weilende Aerzte. Dr. Landgraf's Tätigkeit war somit „beschränkt auf die Erhebung des laryngoskopischen Befundes und die Erörterung der Bedeutung desselben mit seinem Vorgesetzten" (Deutscher Bericht, S. 29). Ueber sonstige zur Beurteilung des Krankheitsprozesses notwendige Punkte, das Allgemeinbefinden, den Gang des Körpergewichts, Lymphdrüsenschwellungen, Schluckschmerzen u. a. konnte er kaum etwas Sicheres in Erfahrung bringen! (Ibidem). Eine laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen, wurde ihm während der einundachtzig Tage, die der Hohe Patient in England und Schottland verweilte, achtmal gestattet: Zwischen mehreren dieser Untersuchungen lagen 14tägige bis 3wöchentliche Pausen! (l. c. Ss. 30 u. 31). Als der Kronprinz in Begleitung von Mr. Hovell nach Braemar ging, blieben die deutschen Aerzte des Kronprinzen in Edinburgh und Aberdeen zurück! Mit welchem Uebermute

Dr. Landgraf behandelt wurde, erhellt aus der Angabe des Herrn Wolfenden („Friedrich der Edle“, S. 30), dass er dem zur Kontrolle mitgegebenen deutschen Arzt „gestattete“, den Hals des Kronprinzen zu untersuchen, so oft derselbe dies wünschte! —

Darauf wurde die „Ueberwachung“ reduziert, auf welche die ursprünglichen Ratgeber des Kronprinzen ihre Hoffnung gesetzt hatten! —

Zwei Dinge müssen an dieser Stelle hervorgehoben werden.

Dies Blatt ist ein „internationales“; sein Herausgeber lebt im Auslande; niemand wird glauben, dass er sich zum Vertreter chauvinistischer Ansichten machen wird, die in der Wissenschaft noch unleidlicher sind, als in der Politik. Aber während wir die Ausfälle eines Teiles der deutschen Presse gegen Sir Morell Mackenzie in seiner Eigenschaft als „Engländer“ aufs tiefste bedauern, während wir rückhaltslos für das unzweifelhafte Recht jedes Patienten eintreten, sich seinen Vertrauensarzt unter den Aerzten irgendwelcher Nation zu wählen, während wir sicher sind, dass jeder Deutsche, ob Arzt oder Nichtarzt, dem Ausländer, der das vermocht hätte, was deutsche Wissenschaft zu können ablehnte, nämlich dem Kronprinzen ohne eingreifendere Operation die Gesundheit wiederzugeben, innigste, dauerndste Dankbarkeit gezollt hätte — stehen wir andererseits nicht an zu sagen, dass die völlige Beiseiteschiebung der Aerzte des Heimatlandes des Kronprinzen, welche selbst im Auslande vielfach Befremden erregt hat, nicht umhin konnte, auf jedes deutsche Herz einen tiefschmerzlichen Eindruck zu machen. Und wenn dieses Gefühl an einigen Stellen in der deutschen Presse nicht sehr passenden, bisweilen direkt tadelnswerten Ausdruck fand, so sei nicht vergessen, dass es im Grunde einer richtigen Empfindung seinen Ursprung verdankte! — Des Einen sind wir sicher: dass, wenn die Verhältnisse umgekehrt gelegen hätten und ein deutscher Arzt die höchststehenden englischen Aerzte im Falle eines englischen Prinzen ähnlich zu behandeln gewagt hätte, wie Sir Morell Mackenzie und Dr. Norris Wolfenden die Vertreter deutscher Wissenschaft, sich in der medizinischen wie in der politischen Presse Englands ohne Unterschied der Partei ein solcher Sturm der Entrüstung erhoben haben würde, dass man der erregten öffentlichen Meinung würde haben Rechnung tragen müssen.

Und zweitens: Wir begreifen vollständig, dass sich ein Arzt, der einen Fall von der schwersten denkbaren Verantwortlichkeit übernimmt, in seinen Dispositionen nicht stören lassen will, am wenigsten von einem jüngeren, ihm unbekannten Arzte, der noch dazu der Assistent eines Mannes ist, den er für seinen Feind hält. Wenn also Sir Morell einfach die Assistenz Landgraf's abgelehnt hätte, so wäre das erklärlich gewesen. Gleichzeitig aber musste, unserer Ansicht nach, gerade gegenüber der furchtbaren Verantwortlichkeit des Falles Sir Morell Mackenzie es in seinem eigenen Interesse wünschen und direkt beantragen, dass dem Vertreter seiner Gegner soviel Gelegen-

heit als irgend möglich gegeben würde, sich über den Gang der Sache durch eigene Beobachtung völlig auf dem Laufenden zu erhalten! Gestaltete sich dann später wider sein eigenes Hoffen der Verlauf ungünstig, so hatte er in dem Gegner selbst einen Zeugen für die Korrektheit seines Vorgehens.

Kann nun aber irgend jemand, der die obigen Daten über den in Wirklichkeit erlaubten Umfang von Landgraf's Tätigkeit, der die Originalberichte der beiden Parteien über jene Zeit gelesen hat, glauben, dass Sir Morell von solchen Anschauungen geleitet worden ist? — Auf uns machen beide Berichte im Gegenteil den Eindruck, dass Dr. Landgraf nur dann zugelassen wurde, wenn es aus gewissen Gründen garnicht anders ging, oder wenn man ihm die glänzenden Resultate der intralaryngealen Eingriffe zeigen wollte, die während jener Zeit vorgenommen wurden. Man denke nur: acht laryngoskopische Untersuchungen in einundachtzig Tagen bei einem Falle von dieser Bedeutung! Und selbst dann noch wurde dem jungen Arzte, auf dessen Schultern eine so schwere, augenscheinlich von ihm klar empfundene Verantwortlichkeit ruhte, vorgeworfen (deutscher Bericht, S. 33): er gebrauche zu viel Zeit zum Kehlkopfspiegeln! — —

Der Landgraf'sche Bericht schweigt völlig über die Gründe der Seltenheit der Kontrolluntersuchungen, der Mackenzie'sche will, soweit wir zu urteilen vermögen, zwischen den Zeilen zu verstehen geben, dass diese Seltenheit durch die technische Ungeschicklichkeit des Untersuchenden bedingt worden sei, von welcher Sir Morell überhaupt allerorten von der grössten Verachtung spricht. Wir würden eine solche Erklärung ganz und gar nicht akzeptieren können. Abgesehen davon, dass es geradezu undenkbar ist, dass man in Berlin einen Arzt zur Kontrolle gewählt hätte, welcher „noch nicht die Anfangsgründe seiner Kunst gelernt hatte“ (Friedrich der Edle, S. 115); abgesehen davon, dass es unmöglich ist, dass jemand, der nicht ordentlich zu laryngoskopieren versteht, einen so präzisen und überzeugenden Bericht über ein progressives Kehlkopfleiden schreibt, wie es der Landgraf'sche, nicht nur nach unserer eigenen Ueberzeugung, sondern nach der aller Laryngologen von Fach ist, mit denen wir über diesen Gegenstand Meinungen ausgetauscht haben — scheint Sir Morell garnicht zu wissen, dass Dr. Landgraf, bereits ehe er zur Dienstleistung beim Kronprinzen kommandiert worden war, eine Arbeit über „Katheterismus der grossen Luftwege“ veröffentlicht hatte („Berl. klin. Wochenschr., No. 6, 1887“), die von einem ganz ungewöhnlichen Grade technisch-laryngoskopischen Geschicks des Verfassers Zeugnis ablegt. Uns glauben machen zu wollen, dass ein solcher Mann nicht zu laryngoskopieren verstünde, ist einfach lächerlich. Dr. Landgraf mag nicht zu jenen Laryngoskopikern gehören, die das höchste erreichbare Ziel spezialistischen Ehrgeizes darin sehen, mit einem Blick in den Spiegel sich befriedigt zu erklären und den Patienten in ehrfurchtsvollem Staunen über die

Geschicklichkeit und das Wissen des Untersuchenden zurückzulassen; er mag wohl durch die Gründlichkeit seiner Untersuchungen das eine oder anderemal den hohen Patienten ermüdet, ihm vielleicht sogar vorübergehende Unbequemlichkeit verursacht haben, aber gegenüber dem, was auf dem Spiele stand, wäre oberflächliche Untersuchung eine Pflichtverletzung gewesen und jedermann, dem die wahren Interessen des Kronprinzen am Herzen lagen, wird nicht zweifeln, dass die positiven Ergebnisse von Landgraf's Untersuchungen mit noch ganz anderen Opfern als denen temporärer Ermüdung nicht zu teuer erkauft worden wären!

Denn in diesen Ergebnissen war die Möglichkeit enthalten, den Kronprinzen noch zu retten, eine Möglichkeit, die durch Sir Morell Mackenzie's Verhalten während des Aufenthaltes des Kronprinzen in England und Schottland vereitelt worden ist!

Wir kommen hier zum Kardinalpunkt aller der Fragen, die sich um des Hohen Patienten Krankheit ranken.

Noch bei Lebzeiten des Kaisers war es nämlich gelungen, durch das masslose Aufheben, das man von einigen der chirurgischen Zwischenfälle gemacht hatte, die Aufmerksamkeit von denjenigen Punkten fast gänzlich abzulenken, um die es sich in Wirklichkeit handelt. Man stritt sich darum, ob Bramann den Einschnitt in die Trachea ein paar Millimeter zu weit nach rechts gemacht habe. Die Kanülenfrage lieferte Stoff zu den erbittersten Diskussionen; die Ereignisse des 12. April spalteten die ganze Welt in zwei Lager, von denen das eine auf v. Bergmann, das andere auf Sir Morell Mackenzie schwur. Als dann nach dem Hinscheiden des Kaisers der deutsche Bericht veröffentlicht wurde, und man von der Verletzung des rechten Stimmbandes durch Sir Morell las, erhob sich ein neuer heftiger Zwist darüber, ob es denkbar sei, dass ein so vorzüglicher Operateur ein solches Versehen machen könnte? —

Als ob an diesen Dingen alles gelegen gewesen wäre! — Als ob, selbst wenn alles richtig wäre, was in diesen Beziehungen behauptet worden ist, das an dem endlichen Schicksal des Kaisers irgend etwas geändert hätte! —

Nein, nicht in diesen unnatürlich aufgebauschten Dingen liegt der Kernpunkt der menschlichen, medizinischen, ethischen Rätsel, die sich um die Krankheit Kaiser Friedrich's III. schlingen, sondern in den zwei einfachen Fragen: War der Hohe Patient unrettbar verloren? Und wenn nicht: Sind ihm alle Chancen zu seiner Rettung geboten worden, die sich nach menschlichem Ermessen in seinem Falle ergaben?

Selbst die entschiedensten Gegner der Radikaloperation werden die erste Frage nicht bejahend beantworten können. Die einfache Tatsache, dass eine Reihe von Patienten lebt, denen vor Jahren wegen unzweifel-

haften Kehlkopfkrebses der ganze oder halbe Kehlkopf entfernt worden ist, lässt keine Diskussion darüber zu, dass das Larynxcarcinom nicht mehr jene unfehlbar tödliche Krankheit ist, die es vor zwanzig Jahren war. Natürlich bieten nicht alle Fälle gleiche Aussichten: im Gegenteil, wahrscheinlich eignet sich nur die Minderzahl zur Operation. Es kann aber nicht der mindeste Zweifel darüber obwalten, nicht nur dass der Fall des Kronprinzen zu dieser Minderzahl gehörte, sondern dass die Aussichten in seinem speziellen Falle so günstige waren, wie vielleicht in keinem früheren!

Die Gründe für die Behauptung sind:

1. Es handelte sich um einen vollkräftigen Körper von riesenstarker Konstitution. (Deutscher Bericht, S. 8.)
2. Die Natur der Geschwulst war zu einer ganz ausnahmsweise frühen Periode erkannt, so dass einerseits konstitutionelle Erscheinungen vollständig fehlten, andererseits die beabsichtigte Operation zur Zeit, als sie vorgeschlagen wurde, sich voraussichtlich auf einen verhältnismässig unbedeutenden Eingriff hätte beschränken können.
3. Die Geschwulst sass so günstig als möglich: am Stimmbandrande; in jedem Falle war sie derzeit vollständig auf das Kehlkopfinnere beschränkt.
4. Es handelte sich um ein verhornendes Epitheliom, diejenige Krebsform, welche nach allen bisherigen Erfahrungen die besten Chancen mit Bezug auf Recidive gibt.
5. Dem Hohen Patienten stand die bewährteste chirurgische Hilfe, wie sonst aller Komfort, der die Aussichten einer Operation zu verbessern vermag, zur Verfügung.

Es kann nach alledem nicht bezweifelt werden, dass die blosse Diagnose „Krebs“ im Falle des Kronprinzen nicht gleichbedeutend mit dem Verdikt „Tod“ war.

Wir kommen nun zur zweiten Frage: Sind dem Hohen Patienten alle Chancen zur Rettung geboten worden, die sich nach menschlichem Ermessen in seinem Falle ergaben?

Diese Frage müssen wir leider nach reiflichster, gewissenhaftester Erwägung verneinend beantworten.

Aus den obigen Ausführungen geht hervor, dass im Mai sehr berechtigte Aussichten für Rettung vorhanden waren und dass die ursprünglichen Ratgeber dieselben nicht ungenutzt vorübergehen lassen wollten. Es ist eine unbestreitbare Tatsache, dass Sir Morell Mackenzie's Widerspruch damals den hohen Kranken dieser Chancen beraubt hat.

Aber wir sind weit entfernt davon, Sir Morell aus dem blossen Faktum einen Vorwurf zu machen. In zwei innerlich durchaus verschiedenen Weisen war es möglich, den Widerspruch zu rechtfertigen.

Wenn Sir Morell Mackenzie im Mai in Berlin dem Hohen Patienten gesagt hätte: „Kaiserliche Hoheit! Ich bedaure, der Diagnose

meiner deutschen Kollegen beitreten zu müssen, kann aber ihre operativen Pläne bei sorgfältiger Erwägung aller Eventualitäten ihres speziellen Falles nicht unterstützen" — und wenn er dann alle diejenigen Gründe gegen die Operation, die Gründe für nur palliative Behandlung entwickelt hätte, die sich jetzt in seinem Buche finden, — so hätte man, selbst vom Standpunkt des begeistersten Anwalts der Operation, eine derartige Anschauung wohl im Interesse des Kronprinzen bedauern und lebhaft bekämpfen können: es würde sich aber vom ethischen Gesichtspunkte aus auch nicht der geringste Vorwurf gegen Sir Morell haben erheben lassen, denn jedem Arzte muss das Recht gewahrt bleiben, denjenigen Standpunkt zu vertreten, den er bei Berücksichtigung aller Umstände nach bestem Ermessen für den empfehlenswertesten in dem individuellen Falle hält.

Diesen Standpunkt nun, den der blossen Opposition gegen die Radikaloperation, hat Sir Morell nicht eingenommen: für ihn war die Diagnose der deutschen Aerzte „nicht erwiesen" genug, um auf dieselbe hin energische Eingriffe zu begründen, und obwohl — wie schon oben erwähnt — vom rein laryngologischen ebenso wie vom allgemein klinischen Standpunkt es schwer zu sehen ist, worauf er seinen klinischen Widerspruch stützte, so wird man, ganz generell gesprochen, dem Einwande eines vielerfahrenen Mannes, dass der Beweis der Malignität für ihn noch nicht genügend erbracht sei, zumal wenn dieser Einwand durch das negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung gestützt wird, eine gewisse Berechtigung nicht versagen können.

Aber nun lag die Sache so:

1. Den positiven Tatsachen des klinischen Verlaufes und des damaligen Befundes (vgl. S. 266) standen nur das negative „nicht charakteristisch" Sir Morell's und der negative Befund Professor Virchow's gegenüber. Die Entscheidung war also nur vertagt.

2. Der Kronprinz vertraute sich Sir Morell Mackenzie nicht aus dem Grunde an, dass er, obwohl von der Richtigkeit der Krebsdiagnose überzeugt, unter allen Umständen die Radikaloperation zu vermeiden wünschte, sondern weil er hoffte, dass die optimistische Anschauung Sir Morell's sich bestätigen würde! Dies geht ganz unzweideutig aus seiner von Sir Morell selbst zitierten, erst am 6. November getanen Frage (l. c. S. 34) hervor: „Ist es Krebs? — Bis dahin resp. bis kurz vorher (vgl. ibidem) also hatte er sich jedenfalls Illusionen über die Natur seiner Krankheit hingegeben, die von dem nunmehr verantwortlichen Arzt nicht gestört worden waren! —

Nun bringt Sir Morell in seinem Buche (l. c. S. 96) einen längeren Abschnitt über diesen Punkt, in welchem er sein Verhalten verteidigt, den eigentlichen Kernpunkt der Frage aber auf das Geschickteste vermeidet. Er gibt u. a. an, dass er sofort erklären wolle, dass er niemals dem Kaiser plumperweise sagte: „Majestät, Sie leiden am Krebs, Sie sind ein verlorener Mann". — Ja, das hat niemand verlangt, und

niemand könnte eine so plumpe Mitteilung wünschen! — Aber die die wirkliche Frage, die **Grundfrage** des ganzen Falles ist die: hat Sir Morell Mackenzie **jemals, ehe es zu spät war,** dem damaligen Kronprinzen, wenn auch schonend, so doch offen gesagt?: „Ew. Kaiserliche Hoheit, der Verlauf Ihres Leidens in der letzten Zeit lässt mich leider fürchten, dass die Hoffnungen, mit welchen ich an Ihren Fall herantrat, sich nicht bestätigen werden, und dass die ernste Diagnose Höchstdero ursprünglicher Ratgeber die richtige gewesen ist. Ich halte es für meine offenbare Pflicht, Ihnen diese Mitteilung ganz unumwunden zu machen, weil, falls Ew. Kaiserliche Hoheit sich zu der Radikalkur entschliessen wollten, keine Zeit mehr verloren werden darf.“

Wir gestehen, dass, als wir Sir Morell's Verteidigungsschrift zur Hand nahmen, dies die Frage war, deren Lösung wir mit grösstem Interesse entgegensahen. Denn hätte Sir Morell so gesprochen, wie wir es eben skizziert, hätte der Kronprinz damals schon die Radikaloperation, vielleicht selbst weitere Konsultationen mit seinen ursprünglichen Ratgebern abgelehnt, und wären diese beiden Umstände unanfechtbarerweise aus Sir Morell's Schilderung hervorgegangen, so fiel damit die schwerste Anklage gegen letzteren, und manches, was jetzt entweder direkt zur Verurteilung herausfordert, oder wenigstens ganz unerklärt bleibt, hätte eine mildere Deutung zugelassen.

Es geht aber unglücklicherweise aus Sir Morell's eigener Schilderung unzweifelhaft hervor, dass er **nie** so mit dem Kronprinzen gesprochen, und dass die erste Mitteilung über die Aenderung seiner eigenen Ansicht, die er dem Kronprinzen machte, erst auf dessen direkte Frage am 6. November, d. h. zu einer Zeit erfolgte, wo zufolge den nur drei (bzw. vier) Tage später stattgehabten Konsultationsergebnissen, nur noch die totale Kehlkopfexstirpation in Frage kommen konnte! —

Es spitzt sich daher Alles auf die Frage zu: War die Natur des Falles zwischen dem 12. Juni, an welchem Tage der Kronprinz von Berlin abreiste, und dem 6. November, an welchem Sir Morell dem Kronprinzen auf seine Frage: „Ist es Krebs?“ seiner eigenen Aussage (l. c.) nach antwortete: „Ich bedauere, Kaiserliche Hoheit, sagen zu müssen, es sieht sehr danach aus, aber es ist unmöglich darüber sicher zu sein“ — derart, dass Sir Morell Mackenzie bis zu letztgenanntem Datum berechtigt war, die Geschwulst als eine gutartige zu betrachten, die ursprünglichen Ratgeber, die seiner eigenen Behauptung nach (l. c. S. 19) seine Verantwortlichkeit teilten (!), fernzuhalten, die Welt durch günstige Bulletins zu beruhigen, — oder hatte sich schon vorher die wahre Natur der Geschwulst so deutlich dokumentiert, dass sie für jeden erfahrenen Laryngologen, der nicht absichtlich seine Augen den Tatsachen verschloss, nicht länger zweifelhaft sein konnte?

Das ist in nuce die Frage, nach deren präciser Beantwortung wir in Sir Morell Mackenzie's Buch vergebens suchen. Was er an der genannten Stelle über die zweifelhafte Natur des Falles „in einem früheren Stadium" und über die „Grundregeln der ärztlichen Praxis", betreffend das Verhalten des Arztes dem Kranken gegenüber selbst bei begründetem Verdacht sagt, geht um die Sache herum. Hegte er schon früher „begründeten Verdacht", so musste er im Interesse des Kranken zum wenigsten um ein erneutes Konsilium mit den Aerzten nachsuchen, die ihn selbst ursprünglich berufen hatten. Kurz — mit derartigen Redensarten schafft man die obige ganz präzis zu stellende Frage nicht aus der Welt! —

Da nun bei Sir Morell selbst eine klare Antwort auf die Frage nicht zu finden ist, müssen wir uns eine solche in dem Verlaufe des Falles zwischen den beiden genannten Daten suchen. Die betreffende Zeit muss aber sofort noch weiter eingeschränkt werden, da über die Periode vom Anfang September bis Anfang November nur ganz einseitige Berichte vorliegen, aus denen es selbst für den Erfahrensten schwer sein dürfte, sich ein bestimmtes Bild zu machen! Wir werden also somit wieder auf die Periode des Aufenthaltes des Kronprinzen in England und Schottland zurückverwiesen.

Eine je grössere Bedeutung der Bericht Landgraf's unter diesen Umständen anzunehmen beginnt, in um so eigentümlicherem Lichte erscheinen Sir Morell's Versuche, denselben so sehr als möglich zu diskreditieren! Ergab es sich aus Landgraf's Bericht mit Sicherheit, dass schon zu jener Zeit die bösartige Natur des Leidens nicht länger übersehen werden konnte, wenn man sie nicht übersehen wollte, so folgte hieraus, dass dem Kronprinzen die letzte Chance seiner Rettung gewissermassen mit offenen Augen entzogen worden war, und — welchen Motiven auch immer diese Handlungsweise ihre Ursprung verdankte — nach den Grundsätzen wissenschaftlicher Moral liess sich dieselbe nicht verteidigen.

Denn welche Ansichten auch immer ein Arzt über die Rätlichkeit oder Unrätlichkeit einer Operation haben mag, er darf nie so weit gehen, dass er seinen Patienten durch Verschweigen des Sachverhalts der einzigen Chance der Rettung beraubt, nur weil er fürchtet, dass der Patient sich möglicherweise für die seiner eigenen Meinung entgegenstehende Ansicht entscheiden könnte!

Die Zulassung eines derartigen Grundsatzes würde den ärgsten Missbräuchen Tür und Tor öffnen! Wir selbst stimmen in Fällen wie dem vorliegenden vollständig Prof. v. Schroetter zu, wenn derselbe (Deutscher Bericht S. 41) sagt, dass das Verfügungsrecht nur dem Patienten zustehe, und dass er es nicht einmal für gerechtfertigt halten würde, auf den Entschluss desselben eine zu tiefe Ingerenz zu nehmen; dass man sich vielmehr vom ärzt-

lichen Standpunkt aus darauf beschränken müsse, dem Patienten die volle Sachlage und die Chancen der verschiedenen Operationsverfahren klarzulegen. Das scheint auch uns das einzig Richtige. — Aber selbst wenn man so weit geht zuzugestehen, dass ein Arzt, der sich eine sehr bestimmte Ansicht über die Operationsfrage gebildet hat, nach seiner Darlegung der Sachlage dem Patienten einen Rat nach der einen oder anderen Richtung hin geben darf, so wird man doch jedenfalls fordern müssen, dass der Patient vor allen Dingen einen vollen Einblick in die Sachlage erhalte! Verschweigen ist einfach unerlaubt! —

Betrachtet man die Bedeutung von Landgraf's Bericht von diesem Standpunkt aus, so wird die Haltung Sir Morell Mackenzie's ihm gegenüber psychologisch durchaus begreiflich. Diskreditiert musste der Bericht um jeden Preis werden: er war trotz seiner ruhigen Form gravierender als irgend ein anderer Abschnitt in der ganzen deutschen Broschüre! Das bequemste Mittel war, den Verfasser als einen bodenlosen Ignoranten in laryngoskopischer Beziehung darzustellen; damit war dann für Diejenigen, die die betreffenden Angaben auf Treu und Glauben hin als korrekt annahmen, natürlich der Wert des Berichtes selbt gerichtet.

Demgemäss gibt Sir Morell an nicht weniger als vier Stellen seines Buches (l. c. S. 20, 29 und 30, 43, 115 und 116) seiner tiefen Verachtung für Landgraf's laryngoskopische Schülerhaftigkeit Ausdruck, und lässt sich dieselbe noch ausserdem von Dr. Norris Wolfenden (l. c. S. 30) bestätigen.

Uns will erstens bedünken, dass dies etwas zu viel des Guten Jemandem gegenüber ist, von dem man glauben machen will, dass er gar keine Beachtung verdiene; zweitens kontrastiert die Heftigkeit der Angriffe seltsam mit der affektierten Verachtung; drittens vermissen wir vollständig eine Widerlegung der sachlichen Mitteilungen Landgraf's.

Ehe wir aber auf diesen Punkt und auf Landgraf's Bericht selbst kommen, ist eine Beleuchtung des unerhörten Zeugnisses des Herrn Wolfenden um so notwendiger, als aus derselben hervorgehen wird, zu wessen Gunsten Landgraf von der Behandlung ausgeschlossen wurde.

Dr. Wolfenden hat es nämlich für angemessen gehalten, seine Meinung über Dr. Landgraf in folgender Weise auszusprechen (l. c. S. 30):

„Ich sah niemals Dr. Landgraf für eine Person an, die man ernstlich nehmen könnte. Was immer er als Chirurg sein mag (davon weiss ich jedoch nichts), als Laryngoskopiker steht er sicherlich nicht höher als ein Student im dritten Jahre, der gerade auf eine Klinik kommt. Seine laryngoskopischen Untersuchungen des Kronprinzen waren lange andauernd, bewiesen Unkunde und waren ausserordentlich er-

müdend bis zu einem solchen Grade, dass der Kronprinz nach der zweiten Untersuchung in Norwood sich beklagte und mich fragte, ob er nicht mit Landgraf sprechen und denselben ersuchen sollte, nicht täglich seinen Hals zu untersuchen. Der Kronprinz fügte weiter hinzu, dass Dr. Landgraf's Untersuchungen ihn schmerzten und dass seine Art und Weise ihm zuwider sei. Ich hatte nicht das geringste Vertrauen zu der Genauigkeit von Dr. Landgraf's Beobachtungen, da er fortwährend sich einbildete, Dinge zu sehen, die nicht vorhanden waren, zu gleicher Zeit aber die deutlichsten Erscheinungen übersah. Trotzdem war ich ihm nie hinderlich und so oft er den Wunsch ausdrückte, den Hals des Kronprinzen zu untersuchen, gestattete ich ihm immer dies zu tun, bevor ich selbst irgend ein Arzneimittel anwandte."

Das erste Gefühl Jedermanns, der diese ausserordentliche Kundgebung liest, dürfte wohl der Wunsch sein, zu wissen, wer der Mann ist, der in dieser Weise ex cathedra die Reputation eines Kollegen zu vernichten sucht, und zu erfahren, ob Alter, Stellung, Erfahrung, eigene Leistungen denselben überhaupt zur Abgabe eines Urteils befähigen, bzw. sein Zeugnis sachlich als von irgend welchem Werte erscheinen lassen?

Folgendes ist die Antwort auf diese Frage, soweit dieselbe nach der uns zu Gebote stehenden Information gegeben werden kann.

Dem „Medical Directory" zufolge hat Dr. Wolfenden im Jahre 1880 sein erstes medizinisches Examen bestanden, seine Doktorprüfung im Jahre 1884 abgelegt. Bis zum Jahre 1886 — d. h. ein Jahr, bevor er mit Dr. Landgraf zusammentraf — war sein Name laryngologisch absolut unbekannt. Ob er sich bis dahin jemals eingehender mit laryngologischen Dingen beschäftigt hat, vermögen wir nicht zu sagen: literarische Beweise dafür hat er jedenfalls nicht abgelegt.

Als im Frühjahr des Jahres 1886 mit Ausnahme von Mr. Mark Hovell sämtliche Aerzte des Londoner „Throat Hospital" von ihren Stellungen zurücktraten — über die Ursachen vgl. Centralblatt III. S. 32 — fanden sich einige Aerzte bereit, die vakanten Stellen einzunehmen. Zu diesen gehörte Dr. Wolfenden, der sofort zum „Senior Physician" des Hospitals ernannt wurde, d. h. einen Titel erhielt, den der Natur der Sache nach sonst Aerzte erst nach vieljähriger Dienstzeit erhalten können. Seine Ernennung wurde am 29. Mai 1886 im British Medical Journal mitgeteilt.

Vorstehendes sagt genug über Alter, Stellung und Erfahrung des Arztes, der im November des folgenden Jahres den traurigen Mut hatte, ein Zeugnis, wie das zitierte, abzugeben.

Was seine eigenen Leistungen anbetrifft, so hat er bereits im Laufe seiner kurzen laryngologischen Tätigkeit durch eigene Publikationen die Welt befähigt, sich über dieselben ein Urteil zu bilden. Es genügt hierzu eine kurze Erinnerung an zwei, nach Abgabe seines Zeugnisses über Dr. Landgraf von ihm veröffentlichte Fälle.

1. In der Märznummer des „Journal of Laryngology" von diesem Jahre schreibt Dr. Wolfenden einen Artikel über „Luftkropf und Tracheocele", in welchem er über drei selbst beobachtete Fälle letzteren Leidens berichtet. Von diesen ist besonders der erste genau beschrieben und auch durch eine Abbildung illustriert. Nun haben aber die Herren Dr. Krieg (Monatsschrift für Ohrenheikunde usw. Nr. 5, 1888) und Dr. Burckhardt (Württ. Med. Korrespondenzblatt Nr. 13, 1888) über allen Zweifel nachgewiesen, dass es sich in dem betreffenden Falle überhaupt nicht um eine Tracheocele, sondern um eine Blutstauung in den Halsvenen gehandelt hat, welche veranlasst wurde durch einen substernalen Kropf, dessen Exstirpation Dr. Burckhardt erfolgreich vornahm! — — —

2. In der Nummer vom 14. April des „British Medical Journal" von diesem Jahre beschreibt Dr. Wolfenden einen Fall von „Perichondritis infolge chronischer Laryngitis", in welchem die Tracheotomie vorgenommen war und in welchem er eine neben der Tracheotomiewunde entstandene Geschwulst in dem Glauben anschnitt, dass ein „Abscess" vorläge. Der Umstand, dass sich nicht Eiter, sondern „sero-sanguinolente Flüssigkeit" aus der Inzisionswunde entleerte, vermochte seinen Glauben augenscheinlich nicht zu stören, denn er beschreibt auch nach der Eröffnung die Geschwulst noch als „Abscess". — In der nächsten Nummer des „British Medical Journal" (21. April 1888) erklärt Dr. Felix Semon, in dessen Behandlung sich der Kranke mittlerweile begeben hatte, demgegenüber, dass der Patient nicht an Perichondritis infolge chronischer Laryngitis, sondern an Perichondritis infolge von Kehlkopfkrebs litte und dass Dr. Wolfenden nicht in einen „Abscess", sondern in die nach aussen wuchernde Krebsgeschwulst eingeschnitten habe. Daher habe sich auch kein Eiter, sondern sero-sanguinolente Flüssigkeit aus der Inzisionswunde entleert. Letztere sei nie geheilt, die Tumefaktion habe rasch zugenommen, und gegenwärtig stecke die Kanüle in einer ulcerierenden Krebsmasse. Die Diagnose sei durch mikroskopische Untersuchung eines entfernten Fragments über allen Zweifel sichergestellt[1]). — Semon's schliessliches Anerbieten: Dr. Wolfenden Gelegenheit zu bieten, sich selbst von der Sachlage zu überzeugen, blieb unbenutzt, die Mitteilung selbst unwiderlegt! — — —

Wir sind mit Sir Morell Mackenzie's Zeugen für Dr. Landgraf's laryngoskopische Unfähigkeit fertig. —

Sir Morell selbst begnügt sich an der Stelle, wo für ihn alles darauf ankäme, Dr. Landgraf's Bericht zu widerlegen (Kontroverse

1) Die beiden zitierten Arbeiten Dr. Wolfenden's werden in der nächsten Nummer des Centralblattes referiert werden. — Der letzterwähnte Patient ist mittlerweile gestorben. Sein Fall, der in vielen Beziehungen dem des Hochseligen Kaisers sehr ähnlich ist, wird im Laufe des Winters mit den Präparaten der Clinical Society of London vorgelegt werden.

l. c. S. 115), mit einer Wiederholung seiner geringschätzigen Bemerkungen. Darin liegt freilich eine gewisse Konsequenz, denn es gibt in der Tat gewisse Dinge, denen man zu viel Ehre antut, wenn man sich die Mühe nimmt, sie ernsthaft zu widerlegen! — Ob aber Dr. Landgraf's Bericht zu diesen Dingen gehört, darüber mögen sich die Leser dieses Artikels aus der folgenden kurzen Rekapitulation seiner laryngoskopischen Befunde selbst ein Urteil bilden. Wir stellen denselben die Berichte Sir Morell Mackenzie's und seiner Assistenten über die gleiche Zeit gegenüber, weil gerade aus dieser Vergleichung sich derjenige Punkt ergeben wird, auf den es in der Krankengeschichte des Kaisers am meisten ankommt.

Vorausgeschickt muss das Ergebnis von Prof. Gerhardt's letzter Untersuchung (am 1. Juni) werden. Derselbe lautet (Deutscher Bericht S. 11): „Die Geschwulst war grösser, immer noch von der Innenseite eiternd, nach hinten tiefer abgegrenzt gegen den Stimmknorpel hin, und hier griff die Unebenheit und Zerstörung, wie ich bestimmt sah, bereits auf die hintere Wand über, das linke Stimmband war wie früher weniger beweglich, als das rechte.“

Eine zeitlich korrespondierende Beschreibung Sir Morell Mackenzie's haben wir in seiner Schrift nicht auffinden können. Die Zeichnung vom 8. Juni (l. c. S. 16) kann natürlich der Gerhardt'schen Schilderung nicht entsprechen, da sie den Zustand der Dinge nach der inzwischen vorgenommenen Operation darstellen soll. Jedenfalls ist von Veränderungen an der hinteren Wand in derselben nichts zu sehen.

Nun kommen wir zur Schilderung des Verlaufs während der englischen und schottischen Zeit:

Landgraf.

18. Juni (l. c. S. 16): „Das rechte Stimmband ist gerötet, etwas geschwollen, zeigt dem Tumor gegenüber eine kleine Exkavation. Am linken Stimmbande ein breit aufsitzender, kegelförmig sich zuspitzender, nach oben und hinten gerichteter Tumor, der etwa das hintere Viertel oder Drittel des Stimmbandes einnimmt. Der Tumor ist von blass gelblich rötlicher Färbung, eine auffallende Rötung weder am Tumor noch in der Umgebung vorhanden. Auf der linken Seite an der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand ist die Schleimhaut verdickt. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes erscheint

Norris Wolfenden.

15. Juni (l. c. S. 24): „Der Kehlkopf ist gross und wohlgestaltet, allein zufolge einer Abdachung des Kehldeckels ist die Ansicht des Inneren der Kehlkopfhöhlung nicht so leicht zu ermöglichen. wie in durchschnittlichen Fällen. Die untere Oberfläche des Kehldeckels zeigt an der rechten Seite etwas Kongestion und das Kissen (Polster) ist ziemlich voll. Die linke aryepiglottische Falte ist in ihrem unteren und hinteren Teile etwas angeschwollen. Das linke Taschenband (falsches Stimmband, Ventrikularband) ist vorne sehr leicht geschwollen, so dass der äussere Rand des linken Stimmbandes an

etwas träger als die des rechten bei Abduktion. Beim Phonieren bleibt eine Spalte in der Glottis. Keine Ulceration, völlige Aphonie."

dieser Stelle gerade bedeckt ist; die rechte ary-epiglottische Falte und die interarytaenoidale Falte verliert gegen die linke Seite ihre scharfe Begrenzung; an dem rechten Ventrikularband, welches sonst gesund ist, sieht man ein erweitertes Gefäss. Das linke Stimmband ist von blassrosa Farbe. An dem rückwärtigen Ende desselben befindet sich ein rundliches Gewächs von ungefähr drei Millimeter im Durchmesser und zwei Millimeter hoch. Beim Flüstern sah man, dass die bewegliche Aktion des linken Stimmbandes schwach war, aber bei lauter Stimmbildung zeigte diese Bewegung keinen Defekt."

26. Juni (ibidem): „Die Schleimhaut des oberen Kehlkopfraumes erscheint blasser als früher, ebenso das rechte Stimmband, der Defekt an demselben noch zu sehen. Die Geschwulst an dem linken Stimmbande hat an Umfang eher etwas zu- wie abgenommen und erscheint nicht kegelförmig zugespitzt, sondern abgerundet. Zwischen Geschwulst und vorderer Fläche der hinteren Wand viel Schleim. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes träger, ebenso wie neulich."

Für die Zeit vom 15. bis 28. Juni ist der laryngoskopische Befund in der Mackenzie'schen Schrift nicht geschildert.

Am 28. Juni Entfernung des projizierenden Teiles der Geschwulst, von Sir Morell Mackenzie mit der Zange ausgeführt.

1. Juli (l. c. S. 30): „Die Geschwulst war entfernt. Es bestand beträchtliche Rötung und Schwellung. Die Anschwellung an der hinteren Wand war deutlicher zu sehen. Die Oberfläche derselben hatte ein graugelbes Ansehen. Die Anschwellung sass fast in der Mitte, etwas mehr nach der linken Seite hin entwickelt."

Sir Morell Mackenzie.

28. Juni (l. c. S. 25): Abbildung des Kehlkopfs nach der Operation. „Dieselbe zeigte den Kehlkopf nach vollständiger Fortschaffung des Gewächses. Man bemerkt eine sehr geringe Verdickung in der Nähe der rückwärtigen Extremität des linken (im Holzschnitt rechten) Stimmbandes."

22. Juli (l. c. S. 31): „Rötung und Schwellung im allgemeinen etwas geringer, namentlich an den Taschenbändern. Das rechte Stimmband war noch stark gerötet, weniger geschwollen. Das linke Stimmband zeigte in seinen hinteren zwei Dritteln eine breit aufsitzende, sattelförmige Anschwellung. Schwellung und Rötung der hinteren Kehlkopfwand, kein Geschwür. Die Geschwulst war mithin wieder gewachsen an derselben Stelle, von welcher sie am 28. Juni entfernt worden war.“

„Am 21. Juli (l. c. S. 27) bemerkte Dr. Wolfenden zuerst eine leichte Anschwellung der hinteren Oberfläche der Giessbeckenknorpel; ich bestätigte diese Beobachtung bei meinem nächsten Besuche. Die Verdickung hatte die Gestalt einer gelblichen Kante; sie ragte ungefähr einen Millimeter hervor und dehnte sich von dem äusseren Rande des einen Knorpels bis zum entsprechenden Teile des anderen aus.“

29. Juli (l. c. S. 31): „Das Bild war ungefähr wie am 22. Die Bewegung der Stimmbänder schien mir besser.“

(l. c. S. 28): „Gegen Ende Juli zeigten sich einige Anzeichen von Wiederkehr an dem Sitze des Gewächses, welches ich entfernt hatte. Dasselbe ragte nicht genügend hervor, dass die Schneide meiner Zange es hätte erfassen können; ich beschloss daher die Zerstörung mittelst elektrischen Kauterisierens.“

Am 2. und 6. August Galvanokauterisieren der Geschwulst durch Sir Morell Mackenzie.

7. August (l. c. S. 32): „Die Geschwulst hat sich vergrössert, erstreckt sich mehr nach unten, ist von höckeriger, unebener Oberfläche. Auf der Mitte derselben eine schwärzliche Stelle.

Die Schwellung an der hinteren Larynxwand unverändert. Es scheint sich von dem unteren Umfange der Geschwulst eine Leiste nach dieser Anschwellung hinzuziehen.

Das linke Stimmband bewegt sich fast gar nicht.

Das rechte Stimmband, welches heute weniger rot und geschwollen ist und an dem der früher schon bemerkte Defekt deutlich sichtbar ist, kommt prompt an die Geschwulst heran.“

(l. c. S. 28): „Am nächsten Tage (3. August) bemerkte man einen kleinen flachen Schorf an der Stelle, welche der Glühdraht berührt hatte, allein Dr. Wolfenden benachrichtigte mich, dass kein Anzeichen von Entzündung rings um dieselbe vorhanden sei.“ . . . „Am 11. August schrieb mir Hovell, dass ein kleiner durch die Kauterisierung verursachter Schorf sich abgelöst habe, und zwei Tage später benachrichtigte er mich, dass die kleine Wunde geheilt sei. Dieses so zerstörte Gewächs kehrte niemals wieder zurück.“

23. August (l. c. S. 33): „Das rechte Stimmband war weniger rot, als früher. Das linke Stimmband bewegte sich weder beim Anlauten noch bei der Atmung. Es steht in Mittelstellung zwischen Respirations- und Phonationsstellung. Die Geschwulst ist an der Oberfläche von einer Reihe kleiner zackiger Auswüchse bedeckt, welche bis nahe an die Mittellinie der Glottis reichen. Durch dieselben wird der Einblick in die tieferen Teile linkerseits verdeckt, so dass auch von der Leiste an der hinteren Wand nur wenig gesehen wird."

(l. c. S. 28): „Während des Aufenthaltes Sr. Kaiserlichen Hoheit in Braemar trat eine merkliche Besserung in dem Zustande des Kehlkopfs ein. Die Kongestion der Schleimhaut war viel geringer und seine Stimme wurde stark . . . ." (Folgt eine nicht auf den laryngoskopischen Befund bezügliche Bemerkung.) „Ich besuchte den Kronprinzen in Braemar am 20. August und fand, dass die Kante an der hinteren Oberfläche der Giessbeckenknorpel fast vollständig verschwunden war. Ich sah den Kronprinzen wieder in London am 31. August und bemerkte damals, dass das linke Stimmband sich freier als früher bewegte, obgleich dessen Aktion noch mangelhaft war."

Hiermit schliessen die Mitteilungen über die laryngoskopischen Befunde jener Periode.

Ein grösserer Kontrast als der zwischen den beiden einander widerstreitenden Berichten ist schwer denkbar, sowohl was die Befunde selbst, als was ihre Darstellung anbetrifft.

Die Befunde Sir Morell Mackenzie's und seiner Assistenten sind vor allem durch äusserste sachliche Aermlichkeit charakterisiert. Die paar Worte, die Dr. Wolfenden in seinem ersten Bericht und Sir Morell selbst in seinem Befunde vom 28. Juni über die Geschwulst sagen, sind alles, was wir über diesen wichtigsten Punkt aus einer Periode von vollen $2^1/_2$ Monaten zu hören bekommen, ausser wenn man solche Redensarten, wie „es zeigten sich einige Anzeichen von Wiederkehr an dem Sitze des Gewächses" (Bericht vom Ende Juli) und „dieses so zerstörte Gewächs [es war zweimal „auf das allerzarteste" (l. c. S. 28) mit der Spitze des Galvanokauters „berührt" worden] kehrte niemals wieder zurück" (ibidem) als sachgemässe Berichte gelten lassen will. Uns scheint dies weder vom allgemein klinischen noch vom spezifisch laryngologischen Standpunkt aus möglich, und wir stehen überhaupt nicht an zu bekennen, dass wir uns beim besten Willen aus den Mackenzie-Wolfenden-Hovell'schen Berichten über diese wie über die folgende Periode ein klares Bild von dem Verlaufe des Falles in dieser Zeit, wie man es nach einer sachgemässen Darstellung haben sollte, ganz und gar nicht haben entwerfen können.

Einen durchaus verschiedenen Eindruck macht der Landgraf'sche Bericht. Da ist alles knapp, klar, präzis, sachlich. Der Berichterstatter beginnt mit seinem Bericht, der den Befund seines Vorgängers in allen wesentlichen Punkten bestätigt. In allen folgenden Berichten behält er die wirklich wichtigen Punkte im Auge: da gibt es keine Redensarten, die nicht zur vorliegenden Frage gehören. Temporäre Verbesserungen, wie sie nach den in Berlin und später vorgenommenen Eingriffen und Verletzungen zu erwarten waren, werden bereitwilligst zugestanden, aber bei alledem sehen wir den sich mit grausamer Notwendigkeit vollziehenden Weitermarsch des Krebses, wir finden seine Ausbreitung in der Oberfläche, sein Vorwärtsdringen in die Tiefe, die unausbleiblichen Rezidive nach den naturgemäss ungenügenden intralaryngealen Operationen. So ist es, wie wir, wie unsere Leser den Kehlkopfkrebs kennen, so ist es, wie ein Befund, wie der von Moritz Schmidt am 11. November mit tragischer Notwendigkeit angebahnt wird:

„Am 11. November", sagt derselbe in seinem Bericht (Deutscher Bericht, S. 45) „war das Oedem so weit geschwunden, dass ich den grössten Teil des linken Stimmbandes und der Hinterwand, sowie das ganze rechte Stimmband deutlich sehen konnte."

„Die Schleimhaut des Kehlkopfes war noch stark gerötet. Unter dem linken Stimmbande der ganzen Länge nach war die Regio subglottica geschwollen, so dass sie über das Stimmband hervorragte, dunkelrot; fast der ganzen Länge dieser Anschwellung entlang fand ich eine unregelmässige, leicht gebuchtete gelbliche Stelle, welche ich als oberflächliche Ulceration ansprach. Die Schwellung der Regio subglottica zog sich an der Hinterwand herüber nach der rechten Seite, wo sie in einem hanfkorngrossen, roten Knötchen im hinteren Drittel des rechten Stimmbandes endigte. Auch im vorderen Glottiswinkel zog sich die erwähnte Schwellung ein wenig noch nach rechts herüber. Das linke Stimmband bewegte sich nicht".

Einen Befund dieser Art wird jeder Sachverständige zweiundeinhalb Monate nach Landgraf's letzter Untersuchung zu finden vorbereitet sein: Die Geschwulst selbst, die schon bei der letzten Untersuchung im August den Höhepunkt ihrer Entwicklung erreicht zu haben scheint (vgl. den Befund) ulcerativ untergegangen, die Schwellung an der hinteren Wand, deren Existenz Landgraf so nachdrücklich betont hatte, weiter fortgeschritten und nun bereits auf die rechte Seite übergreifend, das linke Stimmband nach wie vor unbeweglich, die tieferen Störungen, auf welche seine fortschreitende Bewegungshemmung so deutlich hingewiesen hatte, sich in einer ulcerativen Perichondritis mit Oedem der Weichteile manifestierend. Kann etwas klarer sein? — Und nun sage man, ob die Berichte Sir Morell's und seiner Assistenten aus der englisch-schottischen Periode einen derartigen Befund zweiundeinhalb Monate später erklärlich machen! —

Gegenüber der geringschätzigen Behandlung, die Dr. Landgraf zu erdulden gehabt hat, ist es unsere Pflicht, hier öffentlich auszusprechen,

dass er selbst durch seinen musterhaften Bericht den besten Beweis geliefert hat, wie sehr er das Vertrauen, das zu seiner Abordnung führte, gerechtfertigt hat! Und es muss für ihn selbst, abgesehen von dem Bewusstsein treuer Pflichterfüllung, eine Quelle der Genugtuung sein, dass dies Urteil von einer Seite bestätigt wird, der man wahrlich keine Voreingenommenheit für die Sache der deutschen Aerzte zur Last legen wird, nämlich vom „British Medical Journal", das während der ganzen Krankheit des Kaisers als wissenschaftliches Leiborgan Sir Morell Mackenzie's fungiert hat. Dasselbe druckt nämlich nicht nur in seiner Nummer vom 20. Oktober d. J. seinen ganzen Bericht in wörtlicher Uebersetzung ab und leitet die dann folgende Rekapitulation von Sir Morell Mackenzie's Angriffen auf ihn mit den Worten ein (l. c. S. 899): „Sir Morell Mackenzie kommentiert Dr. Landgraf's klaren, detaillierten und leidenschaftslosen Bericht wie folgt" — sondern sagt in seinem Leitartikel in derselben Nummer direkt folgendes (l. c. S. 888): „Die Verachtung, mit welcher er (d. h. Mackenzie) Dr. Landgraf behandelt, ist ganz und gar nicht durch die in dem (scil. deutschen) Pamphlet erscheinenden Berichte dieses Herrn gerechtfertigt. Dieselben erscheinen uns vielmehr als ganz hervorragend fähig und trefflich aufgestellt". — Ein derartiges Zeugnis, von gegnerischer Seite kommend, ist doppelt wertvoll! —

Aber Dr. Landgraf's Bericht hat, abgesehen davon, dass er ein graphisches Bild von dem Verlaufe der Krankheit des Kronprinzen während des Sommers entwirft, abgesehen davon, dass er in vollständigstem logischem Zusammenhange mit den Befunden in früheren und späteren Perioden des Leidens steht, einen anderen, höheren Wert: er bezeichnet, soweit dies menschlichem Wissen möglich ist, genau den **letzten** Augenblick, in welchem es mit vernünftiger Aussicht auf günstigen Erfolg möglich gewesen wäre, eine radikale Operation vorzunehmen!

Dieser Augenblick war am 7. August gekommen!

Wir haben im Eingange unseres Artikels — Ss. 14—16 — zu anderen Zwecken in Sir Morell Mackenzie's eigenen Worten die Art und Weise geschildert, in welcher er sich über die „ausserordentliche Aufregung" lustig macht, die Landgraf bei der „Entdeckung" befallen haben soll, dass „das linke Stimmband nicht ganz so beweglich sei, wie es eigentlich sollte."

Aus Landgraf's sachlichem Berichte hallt nichts von dieser ausserordentlichen Aufregung wieder, wohl aber ein sehr klares Verständnis des Ernstes der Situation. — Wir haben oben (S. 52) seinen Befund von diesem Tage angegeben. Wir lassen jetzt seinen Kommentar folgen:

„Ich machte geltend", sagt Landgraf (l. c. S. 32), „dass die fast völlige Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes auf tiefer gehende Veränderungen deute (!). An diesem Tage wurde die Lähmung des linken Stimmbandes von Herrn Dr. Mackenzie zugegeben. Am Nachmittag

des 7. August nahm ich auf einem Spaziergang Gelegenheit, Herrn Generalarzt Dr. Wegener zu erklären, dass jetzt, nachdem Dr. Mackenzie die früher von ihm zur völligen Herstellung Seiner Kaiserlichen Hoheit beantragte Zeitdauer von 8 Wochen zur völlig unbeeinflussten Behandlung habe ausnutzen können und sich nunmehr herausgestellt habe, dass das Leiden nicht gehoben, vielmehr eine Verschlimmerung eingetreten sei, ich es für dringend wünschenswert hielte, eine nochmalige Konsultation mit den Berliner Aerzten zu veranlassen, wie dies ja auch früher in der Absicht gelegen habe. Ich machte auf die Gefahren eines noch längeren Aufschubes der Operation aufmerksam (!) und gab der Meinung Ausdruck, dass schon jetzt vielleicht gar nicht mehr mit der Entfernung der Geschwulst genutzt werde, sondern zur halbseitigen Exstirpation des Kehlkopfes geschritten werden müsse (!)."

Hier ist in der klarsten Weise die Sachlage geschildert. Viermal war die Geschwulst seit dem Beginne der Krankheit, also im Laufe von sieben Monaten rezidiviert (Deutscher Bericht, Ss. 3, 6, 11, 21), ohne schliesslich irgend eine Aehnlichkeit mit bekannten Formen gutartiger Geschwülste zu zeigen; die Schwellung hatte auf die hintere Larynxwand übergegriffen; die Bewegungsstörung des affizierten Stimmbandes war bis zur völligen Unbeweglichkeit desselben fortgeschritten, mit anderen Worten: es war eine Ausbreitung sowohl in der Fläche, wie in die Tiefe konstatiert!

Das tut keine gutartige Geschwulst!

Sir Morell Mackenzie **musste** jetzt dem Hohen Patienten die Chance bieten, die Radikaloperation vornehmen zu lassen oder, zum Mindesten, nach Landgraf's Vorschlag eine Konsultation mit den Berliner Aerzten veranstalten, die seiner eigenen Behauptung nach seine Verantwortlichkeit teilten!

Er hatte weder das Eine noch das Andere getan, und die Angaben hinsichtlich möglicher Entwicklung des Leidens, die er seiner eigenen Schilderung nach (l. c. S. 31) der Erlauchten Gemahlin des Hohen Patienten kurz vor der Abreise aus England machte, sind absolut kein Aequivalent für die Unterlassung seiner offenbaren Pflicht.

Es bleibt daher nichts übrig, als zu erklären, dass die schwerste Anklage, die gegen ihn gebracht worden ist, die Anklage der Berliner Aerzte-Konferenz vom 13. November (Deutscher Bericht, S. 48): dass ihm die Schuld für das „zu spät" beigemessen werden müsse, — als erwiesen anzusehen ist! — —

Alles, was hiernach folgt, ist, wie schon früher bemerkt, wissenschaftlich von nur episodenhaftem Interesse. Da aber Sir Morell seine Opposition gegen die Radikaloperation hauptsächlich auf seine Statistik der betreffenden Operation stützt, dürfte es am geeignetsten sein, an dieser Stelle einige Bemerkungen über diesen Punkt einzuflechten.

Wenn Sir Morell Mackenzie sich begnügt hätte, die drei Statistiken, mit welchen sein Buch abschliesst, einfach in der Weise zusammenzustellen, dass alle Fälle, die mittels einer bestimmten Operation behandelt worden sind, ohne weiteres als äquivalent aufgezählt werden, so würden wir unsererseits nur auf den Abschnitt des Leitartikels der Augustnummer des Centralblatts zu verweisen brauchen, in welchem wir gegen eine derartige urteilslose Verwertung der Statistik protestiert und mit Professor v. Bergmann verlangt haben, dass jeder besondere Fall besonders erwogen werde. Dass dies auch für die Mackenzie'schen Tabellen durchaus erforderlich ist, geht aus der Tatsache hervor, dass ein früherer Assistent des Autors, Mr. Pugin Thornton (Canterbury) bereits in der „Lancet" vom 10. November Verwahrung dagegen eingelegt hat, dass sein in der ersten Mackenzie'schen Tabelle (l. c. p. 122) unter Nr. 7 aufgeführter Fall gegen den Wert der Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs ins Feld geführt werde, da in diesem Falle das Leiden bereits zu weit vorgeschritten war. Mr. Thornton fügt hinzu, dass derselbe Einwand seines Wissens noch auf mehrere andere Fälle der Mackenzie'schen Tabelle Anwendung finde. — Mit Bezug auf Sir Morell's zuversichtliche Behauptung (l. c. p. 121), dass, wenn die 22 Fälle seiner Laryngofissurtabelle durch weitere Operationen auf 100 gebracht würden, aller Wahrscheinlichkeit nach keine weiteren Heilungen als die zwei bisher berichteten gefunden werden würden, können wir nur sagen, dass unseres Wissens im Monat Januar nächsten Jahres zwei Patienten in der Clinical Society of London vorgestellt werden sollen, von denen der eine vor Jahresfrist, die andere vor mehreren Monaten durch die Laryngofissur und gründliche Entfernung der Neubildung mit den umliegenden Weichteilen von Kehlkopfkrebsen befreit worden sind, ohne dass bisher sich Recidive eingestellt hätten. Die bösartige Natur der Neubildung ist in beiden Fällen mikroskopisch sichergestellt. Wenn auch beide Patienten natürlich noch nicht als geheilt zu betrachten sind, so lässt der bisherige günstige Verlauf das Beste hoffen.

Jedenfalls zeigen die angeführten Tatsachen, wie wenig sichergestellt die Resultate der Laryngofissur wegen Kehlkopfkrebses sind, und welcher gründlichen Sichtung die betreffende Mackenzie'sche Tabelle bedarf.

Ebenso gilt letzteres von Sir Morell's dritter, auf die totale Kehlkopfexstirpation bezüglicher Tabelle. Unter 135 Fällen lässt er „Heilung" 8 mal zu. Es ist aber gar nicht mit Sicherheit aus der Tabelle zu entnehmen, welche Fälle unter diesen 8 zu verstehen sind, denn in der Tabelle selbst ist nur ein einziger, Nr. 35 (Hahn's), als wirklich „geheilt" bezeichnet. Die andern figurieren sämtlich unter solchen Bezeichnungen, wie „lebte noch 1886, 3½ Jahre nach der Operation" (Nr. 87), „keine Wiederkehr nach 3½ Jahren (Nr. 128) usw. usw. Sind denn diese Fälle nicht ebenso gut „geheilt", wie Hahn's, und, wenn so, warum werden sie nicht so bezeichnet? Derartige Ungenauigkeiten erschweren ebenso wie der gänzliche Mangel von Hinweisen auf die

literarische Quelle, jede Prüfung von Sir Morell's Angaben. Ganz unbegreiflich ist es, dass in einer Zusammenstellung, die auf Zuverlässigkeit so bestimmten Anspruch macht (l. c. S. 119), jener zahlreichen Fälle in dem schliesslichen Resumé garnicht gedacht wird, in denen nach mehr als Jahresfrist nach der Operation noch kein Recidiv erfolgt war! Diese Fälle dürfen natürlich nicht ohne weiteres als „geheilt“ betrachtet, aber sicher ebensowenig gänzlich vernachlässigt werden, und es wäre daher sehr wünschenswert gewesen, dass der Autor über das Schicksal der betreffenden Patienten Erkundigungen eingezogen hätte, ehe er seine Tabelle veröffentlichte. — Ja, selbst für diejenigen Fälle, die von ihm einfach als „wertlos für statistische Zwecke“ bezeichnet werden, da sie „entweder zu kurze Zeit nach der Operation oder zu unvollständig berichtet“ worden seien, würden sich solche Erkundigungen wohl empfohlen haben! Vor uns liegt der am ersten Jahrestage nach der Totalexstirpation geschriebene Dankbrief des Patienten Nr. 121 der dritten Tabelle (l. c. S. 126), der uns vom Herrn Kollegen Prinz in Dresden zum Zwecke öffentlicher Notiznahme übersandt worden ist. Dieser an Dr. Prinz gerichtete Brief lautet: „Der erste Jahrestag nach der Exstirpation veranlasst mich, Euer Hochwohlgeboren für die dabei geleistete wertvolle Hilfe meinen tiefgefühltesten Dank abzustatten. Mein Allgemeinbefinden ist recht gut und kann ich ohne absonderliche Beschwerden meinem Berufe nachgehen.“ Dieser Fall wird in der Mackenzie'schen Tabelle mit „lebte 5 Wochen nachher noch“ (l. c. S. 126) abgefertigt und in der oben angegebenen Weise als wertlos für statistische Zwecke erklärt!

Eine Revision auch dieser Tabelle ist aus all' den angegebenen Gründen daher durchaus erforderlich.

Aber weder die Ungenauigkeiten der ersten noch die der dritten Tabelle haben uns veranlasst, hier noch einmal auf die Frage der Statistik zurückzukommen, sondern die Sir Morell's Zusammenstellung einfach vernichtende Revision seiner zweiten, auf die partielle Exstirpation des Kehlkopfs bezüglichen Tabelle durch Dr. Max Scheier (Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 43, 1888, Ss. 894, 895). Derselbe weist nämlich unwiderleglich nach, dass Sir Morell in dieser Tabelle einerseits vier dauernd geheilte Fälle einfach verschwiegen oder weginterpretiert, andererseits vier unglücklich verlaufene Fälle doppelt gezählt hat!! — Die vier zur ersten Kategorie gehörigen Fälle sind diejenigen von B. Fränkel-v. Bergmann (Fall 52 der Scheier'schen Tabelle, vgl. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 23, 1888), Schede (Fall 50, ebendas.), Störk (Fall 52, ebendas.), Hahn (Fall 53, ebendas.).

Wir müssen bezüglich der Detailausführungen über diese vier Fälle auf das Original der Scheier'schen Arbeit verweisen, zitieren aber hinsichtlich der doppelt gezählten unglücklich verlaufenen Fälle des Autors eigene Worte:

„Ich habe aber meinen Augen kaum getraut,“ sagt er (l. c. S. 895), „als ich beim Studium der Mackenzie'schen Tabelle an eine Anzahl unglücklich verlaufener Operationsfälle kam, die er doppelt aufführte[1]). Die Fälle Billroth's sind von dem Assistenten desselben „Salzer“, der Fall Skliffkowski von Multanowski publiziert worden. Mackenzie führt nun diese Fälle sowohl unter dem Namen ihrer Operateure, Billroth's Nr. 3, Nr. 8, Nr. 10 und Skliffkowki's Nr. 5, wie unter dem Namen des Publizierenden, Salzer Nr. 16, Nr. 17, Nr. 18 und Multanowski Nr. 34 auf, hat jedoch vorsichtigerweise das Datum der Operation geändert.“

Folgende Zusammenstellung, deren einzelne Reihen wörtlich der Mackenzie'schen zweiten Tabelle (l. c. S. 123) entnommen wird, wird die Kontrolle dieser Angabe erleichtern:

Doppelt gezählte Fälle	Laufende Nummer bei Mackenzie	Operateur	Alter des Patienten	Datum	Krankheit	Verlauf der Operation
I.	3	Billroth	65	1881	Krebs	Tod 5 Wochen nach der Operation.
	16	Salzer	65	1885	Krebs	Tod nach 5 1/2 Wochen an Pyämie.
II.	8	Billroth	60	1883	Epitheliom	Tod 5 Wochen nach der Operation.
	17	Salzer	60	1885	Krebs	Tod nach 6 Wochen an Pneumonie.
III.	10	Billroth	58	1884	Krebs	Tod; Recidiv nach 7 Wochen, erstreckte sich auf die Drüsen.
	18	Salzer	58	1885	Krebs	Recidiv nach 7 Wochen.
IV.	5	Skliffkowski	47	1882	Krebs?	Recidiv in 3 Monaten.
	34	Multanowski	47	1882	Krebs	Recidiv nach 3 Monaten.

Im Beginne seines statistischen Teils sagt Sir Morell Mackenzie (l. c. S. 119): „Tatsachen können manchmal so verdreht und mit Ziffern kann so manipuliert werden, dass man sehr irreführende Schlussfolgerungen erhält.“

Das ist sehr wahr.

1) Auch im Original gesperrt gedruckt.

Ueber die nächste, die vierte Periode, welche den Aufenthalt des Kronprinzen in Toblach, Baveno, San Remo bis zur Novemberkonsultation umfasst, liegen nur die Berichte Sir Morell Mackenzie's und Mr. Hovell's vor, welche, in ihrer Art den Schilderungen der englisch-schottischen Periode ähnlich, ein klares Bild von der Erweiterung der Sache, wie schon früher bemerkt, unserer Ansicht nach nicht geben. Die ganze, über zweimonatliche Periode wird in Sir Morell's Beschreibusg auf drei Seiten (l. c. S. 31—34) abgetan. Bemerkt zu werden verdient nur, dass bis zum Ende von einer Ausbreitung des Prozesses auf die hintere Kehlkopfwand nicht die Rede ist, und dass der Leser den Eindruck bekommen muss, dass am 6. November, an welchem Sir Morell dem Kronprinzen die Eröffnung machte, dass wahrscheinlich Krebs vorläge, zwei von einander getrennte Schwellungen vorgelegen hätten, eine grosse unter dem linken, eine kleinere unter dem rechten Stimmbande! So sind dieselben in der Tat abgezeichnet[1]). und so lautet der erklärende Text (l. c. S. 34). Auch jetzt noch soll also die Fiktion des sprungweisen Fortschrittes aufrecht erhalten werden, während Gerhardt's, Landgraf's, Schmidt's Berichte so klar zeigen, dass das Weiterschreiten der Krankheit ein durchaus kontinuierliches war! —

Es bedarf keiner weiteren Reflexionen über diese Periode, in der sich das unausbleibliche Uebergreifen auf die rechte Seite vollzog und die letzte schwache Hoffnung erlosch, mit der partiellen Exstirpation auszukommen. Dagegen dürfte es nicht unerspriesslich sein, sich an einem Beispiel ins Gedächtnis zurückzurufen, in welcher Weise zu der Zeit die für das ärztliche Publikum bestimmte Berichterstattung in solchen Blättern, die sich „bester Information" erfreuten, gehandhabt wurde:

„British Medical Journal."
15. Oktober 1887.

„Wir freuen uns zu hören, dass der Zustand des Kronprinzen fortdauernd in hohem Grade befriedigend ist. Kein Anzeichen von Wiederkehr der Geschwulst ist vorhanden, und die Stimme seiner Kaiserlichen Hoheit ist klar und volltönend (resonant), während sein Allgemeinbefinden vortrefflich ist. Seit er Schottland verliess, hat er

„Lancet."
15. Oktober 1887.

„Wir freuen uns zu hören, dass Se. Kaiserl. Hoheit fortdauernd befriedigende Fortschritte macht, indem seit der Applikation des Galvanokauters im letzten Juni kein Recidiv der warzigen Neubildung erfolgt ist. Die oberen Luftwege zeigen jedoch eine ausgesprochene Neigung zu katarrhalischer Entzündung und machen es durchaus not-

1) Die Illustration der deutschen Ausgabe ist so schlecht, dass man in ihr überhaupt nichts im subglottischen Raume sehen kann. In der englischen dagegen (S. 65) sieht man ganz deutlich getrennte Geschwülste unter den Stimmbändern, die linke arytaeno-epiglottische Falte etwas geschwollen, die Hinterwand frei.

1—2 Anfälle von subakuter Laryngitis gehabt, teilweise ohne Zweifel infolge von Erkältungen, zum grossen Teil aber infolge von übergrossem Stimmgebrauch, eine Unklugheit (imprudence), die vollständig zu vermeiden, für jemanden in seiner hohen Stellung schwierig ist (!). Er leidet an einer Neigung zu akuter Kongestion nicht nur des Kehlkopfs, sondern der ganzen oberen Luftwege, welche einen Aufenthalt in einem warmen Klima während des Winters unumgänglich macht." (Folgen Mitteilungen über die Reisedispositionen.)

wendig, dass Se. Kaiserliche Hoheit in einem warmen Klima seinen Aufenthalt nimmt und sich so sehr wie möglich des Gebrauchs der Stimme enthält. Es mag darauf hingewiesen werden, dass, allgemein gesprochen, zwei Formen chronischer Laryngitis existieren: eine, bei welcher der entzündliche Prozess auf die Schleimhaut beschränkt ist, und zu intermittierender Dysphonie oder Stimmverlust führt. Dieser Zustand mag während eines ganzen Menschenlebens andauern, ohne sich weiter zu entwickeln. Die zweite Varietät der Entzündung, andererseits, verursacht oft interstitielle Veränderungen, welche in Verdickung, Pseudoneoplasmen, Ulcerationen etc. (!) resultieren. Obwohl die Affektion des Kronprinzen zu der letztgenannten Kategorie gehört (!), hat soweit keine ungünstige Entwicklung Platz gegriffen, und die Tatsache, dass sein Allgemeinbefinden sehr gut ist, macht es im höchsten Grade unwahrscheinlich (!), dass sich irgendwelche unerwünschte Folgeerscheinungen entwickeln sollten. Als Sir Morell Mackenzie vor einigen Tagen Baveno verliess, ging, wie wir erfahren, alles gut, und es ist alle Hoffnung vorhanden, dass mit Zeit und Sorgfalt die Stimmfunktion vollständig wieder hergestellt werden wird." (!)

Da haben wir also an einem und demselben Tage zwei sich durchaus widersprechende Darstellungen und man kann sich aussuchen, was man will: auf der einen Seite (British Medical Journal) alles so wünschenswert, wie nur möglich, klare, volltönende Stimme, keine Wiederkehr der Geschwulst — [de facto streitet gegenwärtig selbst Sir Morell Mackenzie nicht ab, dass er in Baveno noch „Reste der subglottischen Anschwellung, welche am 14. September entdeckt worden war", sah („Friedrich der Edle", S. 32)] — nur etwas Tendenz zu Kon-

gestion der oberen Luftwege; auf der anderen Seite (Lancet) diejenige Varietät von chronischer Laryngitis, die „oft interstitielle Veränderungen verursacht, welche in Verdickung, Pseudoncoplasmen, Ulcerationen etc. (!) resultieren.

Und als nun — endlich — ein Teil der deutschen Zeitungen, durch diese offenbaren Zweideutigkeiten besorgt gemacht, in die Alarmtrompete stösst, liest ihnen das „British Medical Journal“ am 22. Oktober folgendermassen S. 899 den Text:

„Kommentare, die kürzlich in einer oder zwei einflussreichen deutschen Zeitungen veröffentlicht worden sind, machen es wünschenswert, dass wir eine irrige Auffassung beseitigen, für welche wir sonst bis zu einem gewissen Grade verantwortlich scheinen könnten. Als Se. Kaiserl. Hoheit sich unter aktiver Behandlung in unserem Lande befand, berichteten wir über den Verlauf des Falles von Woche zu Woche detailliert genug, um es unseren Lesern zu ermöglichen, der Entwicklung der Dinge mit verständnisvollem Interesse zu folgen, während wir gleichzeitig alles zu vermeiden bemüht waren, das nur der Befriedigung unpassender Neugier gedient hätte. Als der Hohe Patient so weit in der Genesung (!) fortgeschritten war, dass keine weiteren operativen Massregeln erforderlich waren, hielten wir es für unnötig, fortlaufende, regelmässige Berichte zu bringen, aus dem einfachen Grunde, dass nichts von spezieller Wichtigkeit zu berichten war. Dies durchaus natürliche Vorgehen scheint indessen missverstanden worden zu sein, und eine finstere Bedeutung, für welche absolut kein Grund vorhanden ist (!), ist von der politischen Presse Deutschlands dem Aufhören unserer wöchentlichen Berichte beigelegt worden. Wäre die Angelegenheit eine weniger ernste, so könnte man sich einfach darüber einigermassen amüsieren, dass unserem Schweigen eine so schwerwiegende Bedeutung zukommen soll, wie dem berühmten Kopfnicken Lord Burleigh's. Unsere Mitteilungen von letzter Woche, obwohl präzis und klar genug, scheinen die Besorgnisse unserer deutschen journalistischen Kollegen nicht vollständig zerstreut zu haben. Wir wünschen daher deutlich und ohne jede diplomatische Reserve oder Zweideutigkeit zu erklären, dass, der besten Autorität über den Gegenstand zufolge (!), der Zustand des Kronprinzen bis zum Morgen des heutigen Tages in hohem Grade befriedigend ist (!). Nicht das geringste Recidiv der Geschwulst ist vorhanden (!); die Funktionen der Teile sind nicht im geringsten Grade gestört (!!), ausser dass die Stimme ziemlich schwach ist; weder ein sichtbares Symptom, noch ein Gefühl ist im Halse vorhanden, welches entweder in diesem Augenblicke Alarm zu erregen oder wohlbegründete Befürchtungen für die Zukunft zu erwecken braucht (!!). Mehr als dies kann offenbar selbst der Erfahrenste nicht sagen, und vage Befürchtungen hinsichtlich dessen, was „hinter dem Schleier“ liegen mag, sind in diesem oder irgendeinem anderen Falle kaum zur öffentlichen Diskussion geeignete Gegenstände. Der Prinz leidet, wie wir schon mehr als einmal angegeben haben, an

einer ziemlich ausgesprochenen Reizbarkeit der oberen Luftwege, welche dazu führt, dass er sich sehr leicht „erkältet“, und in Toblach hatte er einen Anfall von scharfer Entzündung nicht nur des Kehlkopfes, sondern auch der Luftröhre. Es ist offenbar unmöglich, in irgendwelchem Klima gegen plötzlichen Temperaturwechsel völlig ausreichende Vorsichtsmassregeln zu treffen; aber es ist geboten, zu erklären, dass Toblach, welches viele Vorzüge hat, von dem Prinzen und der Prinzessin selbst, welche dort gewesen waren und den Ort liebten, zum Aufenthalt gewählt worden war. Da das Wetter in Baveno kürzlich ziemlich unfreundlich geworden ist, wird der Prinz sich in Kürze nach San Remo begeben, wo er wahrscheinlich den Winter zubringen wird. Schliesslich mögen wir hinzufügen, dass, da einige Zweifel darüber ausgedrückt worden sind, in wie weit die von uns von Zeit zu Zeit veröffentlichten Berichte die Ansichten Sir Morell Mackenzie's repräsentieren, wir seine Genehmigung zu der Erklärung haben, dass wir während der ganzen Angelegenheit seine Ansichten mit völliger Genauigkeit ausgedrückt haben.“ (!!)[1])

Man bedenke: diese redaktionelle Erklärung wurde am 22. Oktober, **also nur 16 Tage**, ehe Sir Morell Mackenzie dem Kronprinzen sagte, dass das Leiden sehr nach Krebs aussehe, veröffentlicht!! — Ist es glaublich? — —

Ueber die Vorgänge während der Konsultation in San Remo ist es leicht, sich durch die Lektüre der beiden Berichte ein eigenes Urteil zu bilden. Eines besonderen Kommentars bedürfen sie nicht.

Die nunmehr folgende fünfte, von der Novemberkonsultation bis zur Abreise aus San Remo reichende Periode könnte einfach als die „Tracheotomie-Periode“ bezeichnet werden, denn mit einziger Ausnahme der in sie fallenden, endlichen histologischen Bestätigung der Krebsdiagnose gruppieren sich alle Punkte von hervorragendem medizinischem Interesse um die Verzögerung dieser Operation bis zum letzten Augenblicke, um ihre Vornahme selbst und um ihre angeblichen Folgen.

Was die Verzögerung der Tracheotomie anbetrifft, so dürfte sich wohl niemand, der Dr. Bramann's sachlichen Bericht gelesen hat („Die Krankheit Kaiser Friedrich's III.“ S. 49 et seq.) der Ueberzeugung haben verschliessen können, dass man Prof. v. Bergmann um jeden Preis von der Vornahme der Operation auszuschliessen wünschte. Wie früher Landgraf, so wurde jetzt Bramann nur so selten als möglich zu eigener Untersuchung zugelassen, wie früher Landgraf's Drängen nach einer Konsultation, so wurde jetzt Bramann's Drängen nach der rechtzeitigen Berufung v. Bergmann's ignoriert, und während aus dem Bramann'schen Bericht mit Sicherheit die Tatsache hervorgeht, dass die

1) Im Original nicht gesperrt gedruckt.

Atemnot eine seit vielen Tagen graduell ansteigende war, während Sir Morell selbst bei seiner Rückkehr aus Barcelona am 7. Februar fand (Friedrich der Edle, S. 44), „dass die Krankheit in der Zwischenzeit rasche Fortschritte gemacht hatte“, sowie dass bereits beim Sprechen inspiratorischer Stridor vorhanden war, während auch Dr. Schrader jetzt „dringend die Berufung Bergmann’s verlangte“ (Deutscher Bericht, S. 56) — so unterblieb dieselbe dennoch, und am 9. Februar wurde Dr. Bramann, der trotz seiner Bitten vom 30. Januar bis zum 9. Februar, also volle elf Tage (!), keine Gelegenheit gehabt hatte, den hohen Patienten zu untersuchen, aufgefordert, die Tracheotomie sofort auszuführen, da Sir Morell Mackenzie jetzt eine „so starke Ueberzeugung von der Gefahr einer Verzögerung hatte, dass er sich „gezwungen fühlte, deutlich zu erklären“, er lehne, wenn die Operation aufgeschoben würde, „alle weitere Verantwortlichkeit ab und mache diejenigen, welche der Vornahme sich widersetzten, für das Leben des Kronprinzen verantwortlich“ (Friedrich der Edle, S. 45). — —

Eine genügende Erklärung für die Motive dieser ausserordentlichen Handlungsweise, durch welche die Aussichten des Hohen Kranken selbst so augenscheinlich gefährdet wurden, fehlt. Sir Morell selbst erklärt l. c. die Plötzlichkeit seiner Ueberzeugung von der Gefahr einer Verzögerung mit der Plötzlichkeit der Zunahme der Schwellung. Bramann’s ganzer, den Eindruck vollster Wahrheit und Zuverlässigkeit machender Bericht ist ein Widerspruch gegen diese Erklärung: gewiss nahm die Schwellung in den letzten Tagen rapide zu, aber der ganze Verlauf während der zweiten Hälfte des Januar zeigte deutlich, dass die Notwendigkeit der Operation in nächster Zeit bevorstand; der Hohe Patient gewann absolut nichts durch Verzögerung bis zum letzten Augenblicke, im Gegenteil: seine Chancen wurden nur verringert, da, wie jedermann weiss, der häufig die Tracheotomie wegen chronischer Stenose auszuführen gehabt hat, die Wahrscheinlichkeit späterer Bronchial- und Lungenkatarrhe nach der Operation um so grösser ist, je höher die chronische Asphyxie gediehen ist —; und endlich hatte Dr. Bramann bereits am 30. Januar erklärt (l. c. S. 54), dass Prof. v. Bergmann „gern einige Tage in San Remo warten würde, wenn nicht schon früher die Tracheotomie notwendig werden sollte.“ — Nach allen Richtungen hin war daher Prof. v. Bergmann’s Berufung geboten, allein Dr. Bramann’s diesbezüglicher Antrag „wurde jetzt, wie in den folgenden Tagen, verworfen“ (l. c.).

Ein eigentümliches Streiflicht wird auf diese ganze Episode durch die Tatsache geworfen, dass bereits am 7. Februar die Berliner „Vossische Zeitung“ meldete, dass die Tracheotomie am folgenden Donnerstag, dem 9. Februar, gemacht werden würde, und dass die einmal wöchentlich erscheinende Londoner Zeitung „Truth“ am Morgen des Operationstages erklärte, sie habe den besten Grund zu glauben, dass, wenn die vermutlich in den nächsten Tagen erforderlich werdende Operation zur

Ausführung kommen würde, es eine englische Hand sein würde, die sie ausführte, wie es ein englischer Kopf wäre, der sie beföhle! — —

Vielleicht wird die Zukunft Aufklärungen bringen, die in diesem Augenblicke offenbar noch fehlen. — —

Was die Anklage gegen Bramann anbetrifft, er habe die Trachea drei Millimeter (!) zur Rechten von der Medianlinie eröffnet (l. c. S. 59—61), so können wir dieselbe mit Schweigen übergehen. Sie ist ja doch nur für das Laienpublikum bestimmt! —

Dagegen muss die vieldiskutierte Anklage gegen die deutsche Kanüle, der Sir Morell, charakteristisch genug, mehr Raum widmet, als dem ganzen Verlaufe des Falles vom 15. Juni bis zum 6. November, kurz erörtert werden.

Der Kronprinz hatte nach der Operation eine geraume Zeit schlechte Nächte, hustete viel und sein Auswurf war stark blutig. Dies wird von Sir Morell Mackenzie der erstgebrauchten Kanüle zur Last gelegt, und er hat keine Mühe gescheut, seine Behauptung durch Beschreibungen und Abbildungen von Kanülen ex und in situ zu illustrieren (l. c. S. 46—61).

Wir müssen bekennen, dass alle diese Beschreibungen und Abbildungen unserer Ansicht nach kein Gegengewicht gegen die überzeugenden, auf denselben Punkt bezüglichen Ausführungen Prof. v. Bergmann's (l. c. S. 64 et seq.) bilden.

Bereits am 17. Januar hatte der Hohe Kranke ein nekrotisches Gewebsstück ausgehustet, das von Prof. Virchow als ein abgestorbener und faulig veränderter Teil des Kehlkopfs bezeichnet wurde (Deutscher Bericht S. 52, 53). Es hatte sich demgemäss bereits vor der Operation ein teilweiser Zerfall der Neubildung angebahnt, der zusammen mit ihrem Vorschreiten in anderen Richtungen die Blutungen a priori viel natürlicher erklärt, als das „Wundreiben“ durch die Kanüle. Jedermann weiss, dass Blutungen beim Kehlkopfkrebs ein nichts weniger als seltenes Ereignis sind, und Sir Morell Mackenzie selbst sagt hierüber in seinem Lehrbuch („Die Krankheiten des Halses und der Nase“, Deutsche Ausgabe, Bd. I, S. 456) folgendes: „Mit dem Fortschreiten der Ulceration tritt bisweilen ein anderes Symptom, wiederholte (!) Hämorrhagien, auf, welche, wenn beträchtlich, fast pathognomonisch (!) für den Krebs sind. Entweder mag reichliche Blutung aus einem oder mehreren kleinen, erodierten Gefässen erfolgen, oder die Absonderung von Blut mag nur eben gross genug sein, um dem Sekret, welches fast ausnahmslos dünneitrig schleimiger Natur ist, einen Stich ins Rötliche zu geben.“ Beim Kronprinzen nun war eine derartige Erosion offenbar bereits vor der Operation erfolgt, denn schon am Morgen des 9. Februar war das Sputum „blutig gefärbt“ (Deutscher Bericht S. 57). Die noch in der ersten Woche nach der Operation vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen des Auswurfs seitens v. Bergmann's und Bramann's bestätigten die Tatsache fortschreitenden, in die Tiefe dringenden Zerfalls (Deutscher Bericht S. 68). Was kann natürlicher sein, als die Annahme, dass, wenn elastische Fasern, Muskelfragmente, ja selbst

makroskopisch wahrnehmbare Knorpelstückchen expektoriert werden, auch die Gefässe des Kehlkopfes von dem Krebs nicht verschont bleiben? Aber statt die natürlichste Erklärung anzunehmen, die ja ausserdem in der Tatsache ihre Bestätigung findet, dass auch zu viel späteren Perioden der Krankheit — 4. März und 16. April — dieselben Blutbeimengungen von Prof. Waldeyer konstatiert wurden (ibidem S. 71), bietet Sir Morell lieber allen Scharfsinn auf, um auch hier wieder die Verschlimmerung seinen Kollegen zur Last zu legen!

In diesem Falle hat es jedoch die Autopsie übernommen, den unzweideutigen Gegenbeweis seiner Behauptungen zu führen. Wenn in der Tat die Blutungen, — so starke, so lang anhaltende Blutungen, — aus der Trachea stammten und durch ungeeignete Kanülen veranlasst waren, so mussten tatsächliche Läsionen der Trachea erzeugt worden sein, und diese Läsionen mussten sich bei der nur vier Monate später stattgefundenen Autopsie in Form von Geschwüren, Granulationen oder Narben in der Luftröhre nachweisen lassen! Jedermann, der einmal am frischen Specimen oder an Museumspräparaten die Zerstörungen gesehen hat, welche eine wirklich schlecht sitzende Kanüle innerhalb weniger Tage anrichtet, wird die Berechtigung dieser Behauptung ohne weiteres zugeben. Nun lagen die deutschen Kanülen nach Sir Morell's eigener Zeichnung und Beschreibung (l. c. S. 47, Fig. 9) so in der Luftröhre, dass ihr „unterer und rückwärtiger Teil" an der hinteren Wand **tief unten** in der Luftröhre — der Zeichnung zufolge würde die Druckstelle dem 10.—13. Trachealringe entsprechen — eine Wunde verursachte. Hier also waren die Resultate der ungeeigneten Kanülen zu erwarten, d. h. wenn solche Resultate überhaupt vorhanden waren! Das offizielle, von Sir Morell Mackenzie und Mr. Hovell mitunterzeichnete Protokoll der Autopsie sagt nun aber (Deutscher Bericht S. 102):

„Die Entfernung des unteren Endes der Trachealwunde von dem unteren Rande des Geschwürs (sc. des Geschwürs, in welches die Innenfläche des Kehlkopfs verwandelt worden war) beträgt $2\frac{1}{4}$ cm. Dieser untere Rand ist ziemlich scharfrandig, quer durch die Schleimhaut verlaufend, und zeigt unten kleine graue Granulationen, die etwa die Fläche von $\frac{1}{2}$ cm bedecken. Nächstdem folgt normale Schleimhaut über den noch erhaltenen Trachealringen[1])."

Das ist gewiss klar genug. Die Herren Mackenzie und Hovell waren bei der Sektion gegenwärtig, hätten also, wenn sie mit dem Diktat des obduzierenden Pathologen nicht einverstanden waren, sofort gegen diese Angabe Verwahrung einlegen sollen. Keinesfalls aber durften sie, wenn sie die Angabe für unrichtig hielten, das Protokoll unterzeichnen. Sie haben es aber unterzeichnet. Und nachdem sie dies getan haben, schreibt Sir Morell in seiner Darstellung der Obduktion (l. c. S. 95): „Die Schleimhaut der Luftröhre, unmittelbar unter[1]) der Tracheotomie-

1) Im Original nicht gesperrt.

wunde, war frei von Geschwüren und Narben. Der untere Teil der Luftröhre[1]) und deren Bifurkation wurden nicht untersucht." — Der Zweck des „unmittelbar unter", wie des ganzen letzten Satzes ist offenbar der, die Fiktion von den durch die Kanüle verursachten Läsionen zu retten! — Darauf erklären die Herren Virchow und Waldeyer (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 43, 1887, S. 880): „Dass die Luftröhre in ihrer ganzen Ausdehnung bis zu den Bronchien[1]) geöffnet worden ist". Und nun wagt Herr Hovell die beiden letztgenannten Gelehrten direkt der Unwahrheit zu zeihen, indem er seinerseits erklärt (British Med. Journal, 27. Oktober 1888, S. 958): „Der Kehlkopf mit einem Teil der Luftröhre wurde aus dem Körper entfernt und die Lungen wurden auch entfernt, aber das Herz und der unterste Teil der Trachea wurden intakt gelassen und wurden nicht untersucht[1])".

Sir Morell Mackenzie, der gegen den Hauptteil der Virchow-Waldeyer'schen Erklärung (vgl. weiter unten) an derselben Stelle wie Mr. Hovell eine lange Gegenerklärung veröffentlicht (vgl. ebenfalls weiter unten), schweigt in derselben über den gegenwärtig in Rede stehenden Punkt vollständig.

Die Sache steht also so: Hie Virchow-Waldeyer, hie Hovell!

Wir denken: unsere Leser werden über die Entscheidung nicht zweifelhaft sein!

Aus der sechsten und letzten Periode braucht nur der Zwischenfall vom 12. April erörtert zu werden. Es ist bekannt, dass sich in keinem Punkte die beiden Berichte unversöhnlicher gegenüberstehen, als gerade in diesem. Während Herr von Bergmann behauptet, dass durch die Einführung der Kanüle dem Kaiser an jenem Tage geradezu das Leben gerettet worden sei, und während sein ganzer Bericht über die Zeit von Ende März bis zum Tage der Episode (l. c. S. 82 et seq.) seine Auslegung der an demselben stattgehabten Ereignisse durchaus unterstützt, klagt Sir Morell umgekehrt Prof. v. Bergmann direkt an, bei seinen Einführungsversuchen eine falsche Passage gemacht, einen kolossalen Abscess in den Geweben vor der Trachea produziert, und das Leben des Kaisers dadurch direkt verkürzt zu haben. Der Ausführung dieser Anklage sind acht volle Seiten in Sir Morell's Buch gewidmet (Ss. 74 bis 80), die „falsche Lage" der Kanüle, die „falsche Passage", ja selbst der „Abscess" sind durch Diagramme erläutert (Figuren 18, 19, 21), und im weiteren Verlaufe des Buches kommt Sir Morell immer wieder auf diese Beschuldigung zurück, welche sich würdig der Anklage gegen Gerhardt bezüglich der „künstlichen Krebserzeugung" anschliesst! —

Auch in diesem Falle hat es die Autopsie übernommen, die Wahrheit an den Tag zu bringen.

---

1) Im Original nicht gesperrt.

„In dem Gewebe um den noch existierenden Teil der Luftröhre keine narbigen Zustände, sondern normale Verhältnisse“[1]) — so heisst es in dem von Sir Morell Mackenzie und Mr. Hovell unterzeichneten offiziellen Obduktionsprotokoll (Deutscher Bericht S. 102). Wiederum hätte man erwarten sollen, dass die beiden genannten, bei der Obduktion anwesenden Herren etwaigen abweichenden Ansichten sofort nachdrücklich Ausdruck verliehen hätten, zumal es ziemlich allgemein bekannt ist (vgl. den Guttmann'schen Artikel in Nr. 42 der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, 1888), dass Prof. v. Bergmann, gegen den die Insinuation der Abscesserzeugung schon bei Lebzeiten des Hohen Kranken erhoben worden war, bei der Obduktion Prof. Virchow's Aufmerksamkeit speziell auf den Zustand der Gewebe vor der Trachea gelenkt hat. Die beiden Herren hörten das, hörten Prof. Virchow's diesen Punkt betreffende, ins Protokoll aufgenommene Antwort und — — schwiegen! — — Vier Monate später aber wärmt Sir Morell Mackenzie nicht allein die unverzeihliche Anklage von neuem auf, sondern verwendet jetzt selbst das positiv **gegen** dieselbe sprechende Resultat der Obduktion, mittelst offenbarer Verdrehung seines klaren Sinnes, dazu, seine Insinuationen plausibler erscheinen zu lassen! Denn mit nicht milderen Ausdrücken muss es bezeichnet werden, wenn Sir Morell Mackenzie (l. c. S. 112) das Ergebnis der Autopsie wie folgt zu verwerten wagt: „ . . . . . Einen oder zwei Tage später bemerkt man einen Abscess in den Geweben, in welche Herr v. Bergmann seine Kanüle hineinstiess. Der Abscess erweiterte sich nach unten, grosse Mengen von Eiter werden täglich entleert, der Patient wird dadurch, dass der Eiter seinen Weg in die Luftröhre findet, von fortwährendem Husten gequält, und seine Kraft wird durch den reichlichen und fortwährenden Ausfluss von Materie reduziert! Schliesslich ist er entkräftet, und nach seinem Tode findet man eine immense Abscesshöhlung gerade an dem Platze, wo Bergmann die falsche Passage machte[1]) (!) — Und ganz im Einklang hiermit ist die Tatsache, dass Sir Morell, statt den offiziellen, von ihm mitunterzeichneten Obduktionsbericht zu zitieren, in seinem Buche seine eigene Version von demselben gibt, und den auf den allgemeinen Kehlkopfbefund bezüglichen Passus (Zweiter Satz des offiziellen Protokolls, Deutscher Bericht, S. 100) in geschickter Weise derart für seine Zwecke zu verwenden versteht, dass jeder nicht sachverständige Leser, wenn er von der klaffenden „Höhle“ erfährt, die nach Entfernung der eingelegten Watte zurückblieb (Friedrich der Edle, S. 95), ganz naturgemäss nicht an die Kehlkopfhöhle, sondern an die „immense Abscesshöhlung“ denken wird, von der er im Laufe der vorhergehenden Ausführungen so viel gehört hat!

Nun haben zwar die Herren Virchow und Waldeyer (Berliner klinische Wochenschrift 1887, S. 880) dieser Insinuation gegenüber erklärt:

1) Im Original nicht gesperrt.

1. „Dass in diesem Sektionsprotokolle, welches zu Schloss Friedrichskron am 16. Juni 1888 aufgenommen wurde, von einer Abscesshöhle gar keine Rede ist."
2. „Dass die Seite 101 des Berichts erwähnte, grosse, mit mortifizierten Fetzen bedeckte Fläche von 9 cm Länge derselben einzigen vorgefundenen Höhle angehört, von welcher auch zu Anfang des Protokolls die Rede ist, nämlich der, durch die bei der Einbalsamierung eingeführte Watte, ausgedehnten Höhle des Kehlkopfes und oberen Trachealabschnittes, welche durch Zerfall und Geschwürsbildung innerlich zerstört waren."
3. „Dass aus dem Obduktionsprotokolle nicht gefolgert werden kann, es habe jemals eine Abscesshöhle bestanden."
4. „Dass dasjenige Gewebe, in welchem nach Sir Morell Mackenzie's Bericht und Figur p. 80 seiner Broschüre die Kanüle auf falschem Wege liegen und der fragliche Abscess vorhanden gewesen sein soll, bei der Sektion als normal und ohne narbige Veränderungen vorgefunden wurde. Vgl. p. 102 des Berichts der deutschen Aerzte, Alinea 3."

Aber selbst hierauf hat Sir Morell eine Antwort. Unterstützt von Mr. Hovell, der die Angaben seines Chefs getreulich bestätigt, hält der Laryngologe (Brit. med. Journal, October 27, p. 958, 1888) den ersten lebenden Pathologen eine Vorlesung über „circumscripte" und „diffuse" Abscesse, behauptet, mit eigenen Augen gesehen zu haben, dass das Zellgewebe vor der Trachea und zu deren Seiten zerstört war und eine „grosse Höhle" hinterlassen habe, die „am meisten ausgesprochen im unteren Teil der Trachea" war, und erklärt die bestimmten Angaben der Pathologen hinsichtlich der normalen Verhältnisse der Gewebe vor der Trachea einfach damit weg, dass er behauptet, dass, „nachdem eine Quantität von Wismuth und Watte mehr als 24 Stunden in Kontakt mit diesen Teilen gewesen war, es für irgend jemanden ganz unmöglich gewesen sei, sich ein Urteil über den Zustand der Gewebe zu bilden." (!!)

Es bedarf keines Kommentars zu diesen Leistungen, zu denen nur eine Parallele existiert: Sir Morell's Benutzung der Statistik!

Wir stehen am Ende der unliebsamsten Aufgabe, die uns während unserer medizinisch-journalistischen Laufbahn zugefallen ist: es ist kein Kleines, so, wie es geschehen musste, über einen Mann zu sprechen, den man einst hoch geschätzt hat! — —

Noch könnten viele ethische Fragen, deren wir im Vorstehenden teilweise nur im Vorübergehen, teilweise gar nicht gedacht haben, zu Gegenständen ausführlicher Erörterung gemacht werden: Die flagrante Unkollegialität, die seitens des berufenen Arztes seinen ihn berufenden Kollegen vom ersten Augenblicke an bis über den Tod des Kaisers hinaus an den Tag gelegt wurde, die Ausbeutung des so unendlich

traurigen Falles zu Reklamezwecken, die Art und Weise, in welcher offenbar von dem Consiliarius beeinflusste Entschlüsse und Aeusserungen als spontane Akte des Hohen Patienten dargestellt und benutzt worden sind, der Versuch, die Publikation der englischen Ausgabe des deutschen Berichts durch Einschüchterung der Londoner Buchhändler zu unterdrücken, die Verblendung, mit welcher sich die Presse einer politischen Partei und leider auch viele medizinische Journale unrichtigen Darstellungen geliehen haben etc. etc.

Alles dies fordert zu Kommentaren direkt heraus. Aber wenn damit auch zur Vervollständigung des traurigen Bildes beigetragen würde: die Grundzüge desselben würden nicht beeinflusst werden, und wir verzichten daher um so lieber auf Reflexionen über die ethischen Lehren, die sich für unsere Spezialität aus dem Falle ergeben, als wir der wichtigsten derselben bereits am Schlusse unseres Augustartikels gedacht haben.

Es mag sein, dass eine spätere Zeit Aufschlüsse über Seiten des Falles enthält, die gegenwärtig aus selbstverständlichen Gründen kaum oder gar nicht berührt werden konnten: medizinisch dürfte derselbe erledigt sein, und, so misslich es auch gewöhnlich ist, die Rolle des Propheten zu spielen, so können wir uns doch nicht denken, dass künftige Geschichtsschreiber anders über diese traurigste Tragödie unserer Zeit urteilen werden, als etwa folgendermassen:

„Im Januar des Jahres 1887 erkrankte der Deutsche Kronprinz Friedrich Wilhelm, eine der sympathischsten Gestalten der Weltgeschichte, am Kehlkopfkrebs. Die Diagnose wurde rechtzeitig gestellt und die derzeit allein auf Rettung Aussicht gebende Radikaloperation vorgeschlagen. Ein aus England berufener Arzt aber, Dr. Morell Mackenzie, widersetzte sich derselben mit der Motivierung, dass die Diagnose nicht genügend begründet sei. Er wusste die Behandlung des Prinzen in die Hand zu bekommen, entführte ihn während der kritischsten Periode seines Leidens seinem Heimatlande und seinen ursprünglichen Ratgebern, verschloss sich hartnäckig allen Anzeichen des Fortschreitens des Uebels und allen dringenden Warnungen und Mahnungen, die dieserhalb an ihn gerichtet wurden, und gestand die Richtigkeit der ursprünglichen Diagnose erst zu, als nach menschlicher Voraussicht die Vornahme einer Radikaloperation keine begründeten Aussichten auf Erfolg mehr darbot. Noch war es dem unglücklichen Fürsten vergönnt, als Friedrich III. den Thron seiner Väter zu besteigen; nach vierzehnwöchentlicher Regierungszeit aber, genau $1^1/_2$ Jahre nach dem Beginne seiner Krankheit, erlag er den unaufhaltsamen Fortschritten des tückischen Leidens.“

Es ist die Unsterblichkeit des Herostratus, welche sich Sir Morell Mackenzie erworben hat. — — —

II.

Die Frage

des

Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige,

speziell nach intralaryngealen Operationen.

Ergebnisse einer Sammelforschung unter den Laryngologen der Welt,

veranstaltet vom

Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

(Jahrgang V und VI. 1888/89.)

Inhaltsverzeichnis.

I. Einleitung.

So weit die Ansichten der Pathologen über die Aetiologie bösartiger Neubildungen, speziell des Krebses, im gegenwärtigen Augenblicke noch auseinandergehen, so gibt es doch eine Reihe von hier in Frage kommenden Faktoren, über deren Bedeutung eine Einigung erzielt ist. Zu diesen Faktoren gehört der Einfluss äusserer Reize auf die Entstehung gewisser Formen des Carcinoms. Die verschiedenen Gewerbekrebse (Scrotalkrebs der Schornsteinfeger, Russkrebs der Paraffinarbeiter etc.), ferner der Lippenkrebs der Pfeifenraucher, die Krebse der Brust und der Gebärmutter, die so unverhältnismässig viel häufiger bei Frauen vorkommen, deren betreffende Organe wiederholten beträchtlichen Evolutionen und Involutionen (Schwangerschaften, Geburten, Säugen der Kinder etc.) ausgesetzt gewesen sind, als bei Jungfrauen oder kinderlosen Frauen — alle diese Formen des Krebses zeigen (ganz abgesehen von den weniger zahlreichen, aber gut beobachteten Fällen, in welchen die Entstehung der Neubildung direkt auf einen groben, äusseren Insult zurückgeführt werden konnte) so deutlich den Einfluss eines wiederholten oder lange fortgesetzten Reizes als eines nicht zu unterschätzenden Faktors in der Aetiologie gewisser Formen bösartiger Geschwülste, dass kein unbefangener Forscher denselben in Abrede stellen kann und wird.

Es ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich, dass einzelne Laryngologen, sei es von rein theoretischen allgemeinen Erwägungen ausgehend, sei es auf der Basis einzelner tatsächlicher Beobachtungen, auf den Gedanken gekommen sind, dass auch das von intralaryngealen Operationen — die ja so häufig langdauernde und vielfach wiederholte Eingriffe erfordern — nun einmal untrennbare Reizmoment eine bösartige Umbildung der sicher oder anscheinend gutartigen Kehlkopfneubildungen im Gefolge haben könnte, zu deren Entfernung diese Operationen unternommen wurden. Und dieser Gedanke ist um so weniger einfach von der Hand zu weisen, als ja die von dem operativen Reiz betroffenen Gebilde selbst bereits Produkte eines schon vorher in den Geweben bestandenen irritativen Vorganges sind. Spielte daher jeder äussere Reiz die Rolle nicht nur eines die Lokalisation gewisser Formen von bösartigen Neubildungen bedingenden, sondern eines solche in irgend welchen Organen des Körpers direkt und per se erzeugenden Einflusses, so

wäre in der Tat zu befürchten, dass bei intralaryngealen Operationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste, bei welchen mehrere Reizmomente verschiedener Art zusammentreffen, die Gefahr einer heterologen Degeneration der bis dahin homologen Gebilde eine bedeutende wäre. Das ist ein Gedankengang, der theoretischer Anhaltspunkte in der Tat nicht entbehrt.

Aber während dies bereitwillig zugegeben werden soll, ist es doch andererseits für jeden Unbefangenen ersichtlich, dass eine weite Strecke Weges zwischen theoretischen Erwägungen dieser Art und der Aufstellung der direkten Behauptung liegt, dass intralaryngeale Operationen „nicht selten“ oder gar „häufig“ tatsächlich Umbildungen gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige zur Folge hätten. Schon von demselben theoretischen Standpunkte aus, der den ganzen Gedankengang angeregt hatte, musste man sich, unserer Ueberzeugung nach, vor allen Dingen die Frage vorlegen, ob auch die Prämissen, auf welchen die Befürchtung beruhte, richtig seien, ob Reize der verschiedensten Natur einander ohne Weiteres als gleichbedeutend gesetzt werden könnten? ob aus der Tatsache, dass die Entwicklung gewisser Krebsformen in einzelnen Teilen und Organen des Körpers unzweifelhaft durch lokale Reize begünstigt werde, nun sofort zu schliessen sei, dass alle Organe in dieser Beziehung gleich stünden? und vor allen Dingen: ob es überhaupt nachgewiesen sei, dass äussere Reize an sich und allein als Krebserzeuger angesprochen werden dürften, oder ob dieselben nicht vielmehr nur die Rolle eines an sich nicht zu unterschätzenden Faktors in der Lokalisation des Carcinoms spielten, der aber an sich zur Erzeugung heterologer Neubildungen nicht ausreiche?

Angenommen aber auch, dass man sich nicht auf das Gebiet dieser allgemeinen Erwägungen habe begeben wollen, so war es doch wohl sicherlich eine Pflicht, bevor man sich auf theoretische Befürchtungen hin zu apodiktischen Behauptungen verstieg, durch welche eine so kostbare Errungenschaft, wie die intralaryngeale Chirurgie, in Frage gestellt wurde, die vorhandenen Tatsachen auf die Realität der Befürchtungen hin zu prüfen: eine Pflicht ebensowohl gegen die vielen Kranken, in deren Schicksal die Entscheidung dieser Frage bedeutungsvoll eingreift, als gegen die Aerzte, die intralaryngeale Operationen anraten oder vornehmen und denen durch die Aufstellung dieser Behauptungen eine Verantwortlichkeit schwerster Natur aufgebürdet wurde. —

In wie weit man dieser Pflicht nachgekommen ist, lehrt die folgende, kurze Darstellung:

II. Geschichte der Frage.

Die Behauptung, dass durch intralaryngeale Eingriffe nicht selten oder gar häufig die Umwandlung einer bis dahin gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige produziert werde, wurde, zum ersten Male im Jahre 1875 von einem Londoner Laryngologen, Mr. Lennox Browne, aufgestellt. Derselbe hielt im Beginne des genannten Jahres einen Vor-

trag[1]), betitelt: „Betrachtungen über die Behandlung gutartiger Kehlkopfneubildungen“, vor der Medical Society of London, dessen Zweck gleich Eingangs dahin angegeben wird: „Mitglieder des ärztlichen Standes zu bewegen, ihre Hände von Versuchen mechanischer Entfernung von Neubildungen zu lassen, die oft in jedem Sinne höchst gutartiger (most benign) Natur seien“, und dessen Geist aus folgenden sieben Thesen erhellt, welche die Grundlage seiner Ausführungen bilden:

1. „Intralaryngeale Entfernungsversuche von Kehlkopfneubildungen sind an sich nicht so unschuldig, wie man dies allgemein glaubt; im Gegenteil ist direkte, zu tödlichen (fatal) Resultaten führende Verletzung gesunder Teile des Kehlkopfs ein durchaus nicht seltenes Vorkommnis (by no means of unfrequent occurence).“

2. „Die durch gutartige Kehlkopfneubildungen produzierten, funktionellen Symptome sind in einem grossen Bruchteil der Fälle nicht schwer genug, um instrumentelles Eingreifen zu rechtfertigen.“

3. „Viele dieser Neubildungen verschwinden oder verkleinern sich bei angemessener lokaler und konstitutioneller Behandlung, besonders wenn sie nur kurze Zeit bestanden haben.“

4. „Recidive gutartiger Neubildungen nach Entfernung per vias naturales sind viel häufiger, als gewöhnlich angenommen wird.“

5. „Während primäre bösartige oder krebsige Geschwülste im Kehlkopf zu den grössten Seltenheiten gehören (are of extremely rare occurrence within the larynx itself), nehmen gutartige Geschwülste nicht selten (not unfrequently) einen bösartigen und selbst krebsigen Charakter in Folge des durch Entfernungsversuche gesetzten Reizes an (assume a malignant and even cancerous character by the irritation produced by attempts at removal).“

6. „Die jetzt allgemein im Gebrauche befindlichen Instrumente sind viel gefährlicher, als die früher benutzten.“

7. und letztens. „Das Grundgesetz: dass eine extralaryngeale Methode niemals zur Verwendung kommen sollte, ohne dass Lebensgefahr durch Erstickung oder Dysphagie vorliegt, — sollte mit gleicher Energie auch für intralaryngeale Operationen gelten, und es verdient erwogen zu werden, ob nicht in vielen Fällen die Tracheotomie allein häufiger vorgenommen werden sollte und zwar a) in der Absicht, den Patienten bei Gegenwart gefährlicher Symptome in Sicherheit zu bringen, b) um dem Kehlkopf komplette, funktionelle Ruhe zu verschaffen, c) als eine Präliminarmassregel, der weitere radikale oder palliative Behandlung folgen kann.“

Die fünfte dieser Thesen, deren allgemeine Tendenz keines Kommentars bedarf, ist natürlich diejenige, die uns hier interessiert, und es soll daher auch die ihr im Vortrage des Herrn Browne gegebene Motivierung wörtlich mitgeteilt werden. Dabei muss als charakteristisch

1) „Considerations on the treatment of new formations of benign character in the larynx.“ Brit. Med. Journal, 8. Mai, 1875.

hervorgehoben werden, dass, während er in der Aufzählung seiner Thesen (die oben wörtlich übersetzt sind, wie sie im englischen Original auf einander folgen) bei der fünften sich noch darauf beschränkt, zu behaupten, dass solche Umwandlungen „nicht selten" (not unfrequently) die Folgen intralaryngealer Operationen seien, er wenige Spalten weiterhin, wo er zur speziellen Diskussion der fünften These kommt, dieselbe noch einmal gesperrt abdruckt, hierbei aber die Worte „not unfrequently" durch das Wort „frequently" ersetzt, nunmehr also bereits behauptet, dass intralaryngeale Operationen „häufig" zur bösartigen Umwandlung gutartiger Geschwülste führten! —

Nun zur Motivirung der fünften These im Vortrage des Herrn Browne: „Diese These", sagt er, „ist grossenteils ein Folgesatz (corollary) der vorhergehenden. (Vgl. oben.) Das an der Epiglottis oder an der Zungenbasis oder an der vorderen Oesophaguswand, und zwar an seinem Lieblingssitze: gerade gegenüber dem Ringknorpel, beginnende Epitheliom breitet sich oft in den Kehlkopf aus; aber es ist ungemein selten (most rare) zu finden, dass das bösartige Leiden an den Stimmbändern oder Taschenbändern, d. h. im Innern des Kehlkopfs selbst seinen Ausgangspunkt nimmt."

Zu diesem Satze wird folgende Anmerkung gemacht: „Diese Angabe wurde ursprünglich als das Resultat meiner eigenen Erfahrung gemacht, welche eine persönliche Kenntnis von wenigstens 20,000 Fällen von Halsleiden einbegreift, und unter denen ich nur zwei Fälle von anscheinend primärem Krebs im Kehlkopf gesehen hatte (!). Nachdem mir ein Zweifel an der Genauigkeit meiner Behauptung ausgedrückt worden war, sind die Werke von Türck, Cohen, Mandl und Anderen nachgeschlagen worden, und es hat sich herausgestellt, dass dieselben hinsichtlich der Seltenheit des primären Krebses im eigentlichen Kehlkopf und der äussersten Seltenheit irgend einer anderen Form als der des Epithelioms übereinstimmen." 1)

Nun geht es im Text des Vortrags weiter:

„Einer der Punkte aber, welche von Mr. Simon und Sir William Jenner in der grossen Krebsdebatte in der Pathological Society im letzten Jahre stark betont und von Mr. De Morgan zugestanden wurden, war der, dass Krebs in früher gesunden Geweben durch blossen Reiz, wie durch den einer Nadel, herbeigeführt (induced) werden könne, welches Resultat, den beiden erstgenannten Autoritäten zufolge, konstitutioneller Veranlagung (vice), der letztgenannten zufolge, lokaler Ent-

---

1) Der Herausgeber hat in dem Kapitel „Carcinom" des Türck'schen Werkes nicht ein Wort finden können, das die Angabe über die Seltenheit des primären Kehlkopfcarcinoms bestätigt! Mandl sagt nur: „Le cancer primitif du larynx est une affection rare." In dem betreffenden Kapitel der zweiten Auflage (1879) des Cohen'schen Werkes — die erste Auflage steht dem Herausgeber leider nicht zur Verfügung — heisst es im Gegenteil (p. 580), dass der primäre Kehlkopfkrebs häufiger sei, als diejenige Form, in welcher der Kehlkopf per contiguitatem ergriffen werde! — — —

wicklung zuzuschreiben ist. Was aber auch immerhin der Grund sein mag, dies ist es, was oft (!) im Falle von Kehlkopfneubildungen gefunden wird. Ich darf wohl auf einen solchen Fall (Nr. 87) in Dr. Morell Mackenzie's Bericht über einhundert Fälle anspielen, welchen derselbe, da er ihn während des Lebens des Patienten als gutartig behandelt hatte, auf's Loyalste (most straightforwardly) in seiner Liste gutartiger Fälle aufführt, obwohl dies seiner Statistik einigen Abbruch tut. Ich zitiere seine Bemerkungen über das Resultat der Autopsie: „Die exzessive Wucherung der Neubildung in diesem Falle deutete darauf hin, dass dieselbe anderer als gutartiger Natur sei, und ihre mikroskopische Untersuchung illustriert die enorme Schwierigkeit, zu genauen Schlüssen hinsichtlich der Histologie dieser Geschwülste zu kommen, selbst wenn die Neubildung in toto zur Untersuchung kommt. Das Gebilde wurde von mehreren eminenten Mikroskopikern untersucht und wurde anfänglich für ein einfaches Papillom gehalten. Bei einer anderen Untersuchung wurde gefunden, dass sich fibröses Gewebe entwickelt hatte; und die Neubildung wurde nunmehr für fibrocellulär erklärt. Noch später entdeckte mein Bruder Mr. Stephen Mackenzie, einige nestartig angeordnete (nested) Zellen (Paget's „laminated capsules"). In Folge der enormen Wichtigkeit dieses Elementes muss der Fall unzweifelhaft in die Kategorie der carcinomatösen Geschwülste eingereiht und als Epitheliom angesehen werden. Die ganze Oberfläche der Geschwulst war mit Papillomen bedeckt." Dieser Fall machte auf mich (Mr. L. B.) um so tieferen Eindruck, weil ich den Patienten fast täglich sah, während er unter Dr. Mackenzie's Behandlung stand, und weil er während mehrerer Monate meiner ausschliesslichen Sorge anvertraut war."

Mit diesem Satze schliesst Mr. Browne's Versuch einer Beweisführung seiner These. Wenige Erwägungen dürften genügen, um die Differenz zwischen dem, was behauptet, und dem, was bewiesen wird, zu zeigen. Dem Autor zufolge, der unter 20,000 Fällen von Halsleiden nur 2 Fälle primären Kehlkopfkrebses gesehen hat, kommt infolge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes „häufig" eine Umwandlung gutartiger in bösartige Kehlkopfgeschwülste zustande. Kein Versuch wird gemacht, diese verhängnisvolle Behauptung durch Zahlen zu stützen, sondern der Autor beschränkt sich darauf, eine allgemeine Angabe über den Einfluss von Reizen zu machen, aus der nur das Eine sonnenklar hervorgeht, dass zwei der von ihm angezogenen drei Autoritäten den „blossen" Reiz nicht für ausreichend erachten, Krebs zu erzeugen, sondern in ihm nur ein Mittel sehen, eine „konstitutionelle Veranlagung" zum Ausbruch zu bringen! Das genügt indessen für ihn, um nun direkt zu behaupten, dass, was auch immer die Ursache sein möge, dies im Kehlkopf „oft" gefunden werde! — Und dann wird ein (!) Fall zitiert, in dem in Mr. Browne's Schilderung nicht einmal der Versuch gemacht wird, nachzuweisen, dass es sich überhaupt um eine „Umwandlung" handelte, sondern der nach dem Zitat

der Mackenzie'sche Epikrise in Mr. Browne's Vortrag überhaupt nur als Belag für die Schwierigkeit der klinischen Diagnose und für die Unzuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchung in manchen Fällen von Kehlkopfcarcinom herangezogen werden könnte! — Und daraus, dass dieser Fall tiefen Eindruck auf Mr. Browne gemacht hat, wird nun hergeleitet, dass gutartige Kehlkopfneubildungen „häufig" unter dem Einflusse intralaryngealer Operationen in bösartige übergehen! Ist es glaublich?

Soweit aus dem British Medical Journal ersichtlich, erfuhren weder die Lehren Mr. Browne's, noch ihre Begründung ursprünglich irgend welche Beanstandung. Jedenfalls gingen beide in völlig unveränderter Form in das drei Jahre später erschienene Lehrbuch des genannten Laryngologen „The Throat and its Diseases" über. Dieses Buch wurde von dem Herausgeber des Centralblattes in den Spalten des „London Medical Record" besprochen[1]) und namentlich das über die gutartigen Kehlkopfneubildungen handelnde Kapitel einer eingehenden Kritik unterzogen. Speziell mit bezug auf die uns hier interessierende, in der fünften These erörterte Frage hiess es dort wörtlich: „Primärer Kehlkopfkrebs ist durchaus nicht so selten, wie der Autor glaubt. Er sagt, dass er nur zwei Fälle gesehen hat; v. Ziemssen berichtet aber schon über 96 und Bruns hat seitdem 55 andere gesammelt, so dass gegenwärtig bereits 151 Falle vorliegen. Bei einer Suche durch die ganze, uns zu Gebote stehende Literatur, welche fast alle, jemals vorgenommenen intralaryngealen Operationen in sich begreift, haben wir in nur zwei Fällen finden können, dass ein Kehlkopfpapillom nach der Operation in ein Carcinom degenerierte. Der eine ist der Mackenziesche[2]), von Mr. Browne erwähnte, der andere ein Fall von Gibb (British Medical Journal 1865, p. 328). Wir haben daher zwei Degenerationen in ungefähr 500 intralaryngealen Operationen, die behufs der Entfernung von Papillomen vorgenommen worden sind. Und es ist ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in diesen beiden Fällen die bösartigen Veränderungen den Operationen zur Last zu legen waren. Es ist bekannt genug, dass gutartige Geschwülste bisweilen ohne jeden chirurgischen Eingriff einen bösartigen Charakter annehmen. Wir möchten die Aufmerksamkeit des Autors in dieser Beziehung speziell auf Virchow's Ansichten über diese Frage lenken. (Virchow, „Die krankhaften Geschwülste". Bd. I. p. 349.) Wir glauben selbst, dass eine permanente Reizung gesunder Gewebe zur Bildung heteroplastischer Geschwülste führen kann; die Degeneration gutartiger in bösartige Geschwülste aber erfolgt sicherlich nur dann, wenn eine kon-

---

1) The London Medical Record. 15. November 1878.

2) Es muss hier nachdrücklichst hervorgehoben werden, dass Sir Morell Mackenzie selbst den Fall im Lichte einer spontanen, nicht aber durch die Operation herbeigeführten Umbildung betrachtet! Vgl. M. Mackenzie „Die Krankheiten des Halses und der Nase." Vol. I. 1880. Engliche Ausgabe p. 317; deutsche Ausgabe p. 429.

stitutionelle Veranlagung zum Krebs (inclination to constitutional vice) vorliegt, und dann ebensowohl ob chirurgische Eingriffe vorgenommen sind oder nicht. Dass selbst häufig wiederholte, lokale Reizung nicht Degeneration erzeugt, wird durch eine beträchtliche Anzahl von Fällen bewiesen, in denen die intralaryngeale Entfernung von Papillomen infolge wiederholter Recidive vier- bis sechsmal vorgenommen werden musste, ehe schliesslich vollständige Heilung erzielt wurde."

Die Ausführungen dieses Absatzes, welche Sir Morell Mackenzie in seinem Lehrbuche (l. c.) vollständig acceptiert hat, sind aus dem Grunde hier wörtlich wiedergegeben worden, weil sie den Standpunkt klarlegen, den der Herausgeber des Centralblattes vom ersten Auftauchen der Frage an eingenommen hat, und der auch bei der Analyse der Resultate der Sammelforschung für ihn der massgebende gewesen ist. Eine Erwiderung von seiten Mr. Browne's erfolgte nach ihrer Publikation nicht.

Dagegen stellte sich im folgenden Jahre (1879) einer der geschätztesten und zuverlässigsten unter den zeitgenössischen Laryngologen, Dr. J. Solis Cohen (Philadelphia), hinsichtlich der in Rede stehenden Frage auf einen Standpunkt, der sich von demjenigen Mr. Browne's allerdings durch weit grössere Mässigung und grössere Vorsicht im Ausdruck unterscheidet, mit demselben aber in der grundlegenden Behauptung übereinstimmt, dass in der Tat durch den blossen Reiz intralaryngealer Operationen die Umbildung einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige produziert werden könne.

Der betreffende Satz seines Lehrbuchs[1]) lautet wörtlich: „Gelegentlich kommt es vor, dass Papillome in Epithelialcarcinome übergehen, bisweilen infolge blosser lokaler Reizung durch Husten und Druck und bisweilen infolge von Reiz, der durch wiederholte, erfolglose Entfernungsversuche mittels Ausreissens produziert wird (and sometimes from irritation set up by repeated unsuccessful attempts at removal by evulsion)." Weiterhin[2]) wiederholt der Autor dieselbe Angabe und fügt hinzu, dass sich bisweilen ein Epitheliom an oder nahe der Stelle entwickele, von welcher gutartige Geschwülste durch intra- oder extralaryngeale Massregeln entfernt worden seien. Belege für diese Angaben fehlen.

Zwei Jahre später kam die Frage in der Diskussion über „Die Indikationen für intralaryngeale oder extralaryngeale Behandlung gutartiger Neubildungen im Kehlkopf", welche in der laryngologischen Subsektion des VII. Internationalen Kongresses zu London im August 1881 stattfand, zur öffentlichen Verhandlung. Bei dieser Gelegenheit wiederholte J. Solis Cohen seine Angabe in noch bestimmterer Form in dem Satze[3]): „Ich fürchte, dass Laryngologen manchmal unschuldige

---

1) J. Solis Cohen „Diseases of the Throat and Nasal Passages". 2. Auflage p. 545.

2) Ibidem. p. 581.

3) Transactions of the Seventh International Medical Congress. London 1881. Vol. III. Separatabdruck p. 41.

Papillome in Epitheliome durch anhaltende und zu lange fortgesetzte Manipulationen verwandeln", während Mr. Lennox Browne über dieselbe Frage bemerkte[1]): „Es kann nicht klar genug ausgesprochen werden, dass, je gewandter (facile) der Operateur ist, um so seltener extralaryngeale Operationen sein werden. (!) Ein hierauf hinauskommendes Axiom kann daher als das Resultat dieser Diskussion bezeichnet werden." Der Herausgeber erklärte darauf sofort in einer die Wahl der Frage als Diskussionsgegenstand betreffenden Erwiderung[2]): „Der Gegenstand ist weiter gewählt worden, um den Herren die Gelegenheit zu geben, die gefährliche und unbewiesene Behauptung zu erhärten, dass intralaryngeales Eingreifen häufig die Umwandlung einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige bewirke, eine Behauptung, die vor einiger Zeit in Mr. Lennox Browne's Lehrbuch aufgestellt und jetzt von Dr. Solis Cohen wiederholt worden ist. Ich bin nunmehr in höchstem Grade erstaunt, von Herrn Browne zu hören, dass er die Ansichten über diese Frage, die er vor kaum drei Jahren dem ärztlichen Stande in seinem Lehrbuch unterbreitete, so völlig geändert hat."

Eine Antwort hierauf erfolgte nicht, weder in der Diskussion selbst, noch nach der Publikation der Verhandlungen und die Frage schien, nachdem nunmehr auf die direkte Aufforderung, die streitige Behauptung zu beweisen, keine Antwort erfolgt war, vorderhand ihren Abschluss erreicht zu haben.

In den nächsten Jahren wurden wohl einige neue anscheinend oder zweifellos hierhergehörige Fälle berichtet [so von Clinton Wagner[3]), Tauber[4]), Newman[5])]; einige Autoren sprachen auch in ihren Lehrbüchern von der Möglichkeit einer Umwandlung von Papillomen in Epitheliome infolge traumatischer Einflüsse [so Gottstein[6]), Bosworth[7]), Seiler[8])]; und J. Solis Cohen[9]) wiederholte wiederum seine Angaben, diesmal aber unter Berufung auf den Fall Clinton Wagner's (s. oben) und auf einen Fall Gussenbauer's[10]). Mit Ausnahme Cohen's aber nimmt nicht ein Einziger der Genannten eine prinzipielle Stellung hinsichtlich der angeblichen spezifischen Gefahr intralaryngealer Eingriffe ein, und namentlich behauptet Niemand, auch Cohen nicht, dass die Umbildung einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige ein „häufiges" Ereignis nach intralaryngealen Operationen sei.

---

1) Transactions of the Seventh International Medical Congress. London 1881. Vol. III. Separatabdruck p. 41.
2) Ibidem. p. 42.
3) Archives of Laryngology. Vol. IV. 1883. H. 50 u. 130.
4) Ibidem. 1882. Vol. III. p. 362.
5) Brit. Med. Journal. 1886. Vol. I. p. 215.
6) Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1884. p. 125.
7) Diseases of the Throat and Nose. 1881. p. 379.
8) Diseases of the Throat, Nose and Naso-Pharynx. 1883. p. 162.
9) International Cyclopaedia of Surgery. 1884. Vol. V. p. 729 u. 739.
10) Prager med. Wochenschr. Nr. 31. 1883.

So lagen die Dinge, als das „British Medical Journal" am 28. Mai 1887 einen durch die Krankheit des deutschen Kronprinzen angeregten ersten Leitartikel brachte, in welchem der folgende bemerkenswerte Absatz vorkommt: „Wie gutartig auch immer eine Geschwulst sein mag, sie ist stets einer Veränderung ihres Charakters unter dem Einflusse zunehmenden Alters oder anderer Umstände ausgesetzt. Es liegt Grund vor, dass diese allgemeine Angabe mit mehr als gewöhnlichem Nachdruck (!) auf Kehlkopfneubildungen Anwendung findet, die der wiederholten Reizung unterworfen worden sind, welche vom Gebrauche der Zange untrennbar ist. Nur äusserst selten kann ein deutlich gestieltes Papillom vollständig entfernt werden und selbst dann erfordert der Stumpf weitere Behandlung. Sessile Geschwülste können niemals gründlich mit der Zange entfernt werden, und selbst mit den besten modernen Verbesserungen der galvanokaustischen Methode und der Hilfe von Cocain ist die Operation äusserst schwierig, erfordert häufige Wiederholung und kann nur selten so vollständig sein, dass sie Recidive verhütet. Es ist klar, dass alles dieses nicht ohne einen beträchtlichen Grad von Reizung sowohl der Geschwulst selbst wie ihrer empfindlichen (delicate) Umgebung geschehen kann, so dass man sich nicht wundern darf, dass Kehlkopfneubildungen, welche anfänglich keine Spur von Bösartigkeit zeigten, schliesslich oft (!) bösartig werden."

Wir haben uns an dieser Stelle nicht mit den zahlreichen anderen, höchst eigentümlichen Ansichten über die Pathologie der Kehlkopfneubildungen und das Können der intralaryngealen Chirurgie zu beschäftigen, an denen die wenigen eben zitierten Zeilen so reich sind. Hier interessiert uns nur, dass die niemals bewiesenen Behauptungen hinsichtlich des spezifischen Einflusses intralaryngealer Operationen auf die Umbildung vorher gutartiger Kehlkopfgeschwülste nunmehr an autoritärer Stelle im Lichte feststehender Tatsachen wiederholt wurden[1]).

Dem Herausgeber des Centralblatts ebenso wie Mr. Butlin*) erschien es, angesichts der mit Sicherheit vorauszusehenden, bedauerlichen Folgen dieser Popularisierung von Ansichten, welche ebensowohl den Tatsachen, wie den Interessen Tausender von Kranken und der Wissenschaft zuwiderlaufen, als eine Pflicht, auf das energischste gegen die Ausführungen des Leitartikels zu protestieren. Dies geschah in zwei an den Redakteur des British Medical Journal gerichteten Zuschriften, die in der Nummer desselben vom 4. Juni 1887 veröffentlicht wurden.

Der Semon'sche Brief stellt im Eingange die sonstigen merkwürdigen Behauptungen des obigen Zitates richtig und wendet sich dann

1) Es ist eine erfreuliche Pflicht für uns zu konstatieren, dass nach der vorläufigen Publikation der Resultate der Sammelforschung in der Juli-Nummer des Centralblatts das British Medical Journal sich beeilt hat, dieselben nicht nur in extenso wiederzugeben, sondern auch in einer redaktionellen Notiz rückhaltlos sein Bedauern darüber auszusprechen, dass es gegenteilige Angaben ex cathedra verbreitet habe (vgl. Brit. Med. Journal. 14. July 1888). Red.

*) Jetzt Sir Henry Butlin, Baronet.

sofort zur Frage der angeblichen „speziellen“ Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste, infolge der vom Gebrauch intralaryngealer Instrumente untrennbaren Reizung bösartig zu werden. Er verlangt auf das entschiedendste Beweise für diese Behauptung, nicht phrasenhafte Wiederholung derselben in anderen Worten, und motiviert die Entschiedenheit seines Auftretens damit, dass diese schädliche Behauptung bereits früher aufgestellt, aber niemals durch Beweise unterstützt worden sei. Es sei Zeit, dass diese Frage endlich gelöst werde, denn, wenn die Behauptung begründet sei, so bedeute dies nach seiner, Semon's, Ansicht, einfach den Todesstoss für die intralaryngeale Chirurgie! Ihm wenigstens sei es unverständlich, wie ein gewissenhafter Mann je eine Zange in den Kehlkopf einführen könnte, wenn er berechtigten Grund zu der Befürchtung habe, dass er durch seinen Eingriff den gutartigen Charakter einer Geschwulst in einen bösartigen verwandeln könne. Dies sei ein Punkt von höchster Bedeutung.

Aber noch einmal frage er: wo seien die Beweise für diese Behauptung? Er leugne gewiss nicht die Möglichkeit eines Ueberganges gutartiger in bösartige Geschwülste, und ebensowenig wolle er einen Einfluss fortgesetzter Reizung auf die Entstehung heteroplastischer Neubildungen in Abrede stellen; einerseits aber habe er bereits vor 8 Jahren statistisch ermittelt, dass der Uebergang gutartiger in bösartige Kehlkopfgeschwülste ein äusserst seltenes Vorkommnis sei; zweitens sei es ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in den beiden berichteten Fällen die bösartige Transformation die Folge der Operation gewesen sei; drittens sei nicht abzusehen, warum, wenn lange fortgesetzte und oft wiederholte Reizung allein genüge, bösartige Neubildungen zu produzieren, nicht in allen Fällen multipler recidivierender Papillome des Kehlkopfs, welche der energischsten, andauerndsten und oft wiederholten operativen Behandlung unterworfen worden seien, schliesslich epitheliomatöse Veränderungen eintreten sollten?

Die Frage wird durch Heranziehung der Entstehungsgeschichte bösartiger Geschwülste in anderen Teilen des Körpers weiter erläutert, und der Verfasser schliesst nach erneuter Betonung seiner vor acht Jahren ausgesprochenen Ueberzeugung, dass zur Entstehung bösartiger Geschwülste oder zum Uebergange gutartiger in bösartige Neubildungen eine dyskrasische Veranlagung erforderlich sei, welche ihren Einfluss schliesslich geltend machen werde, ob nun ein Reiz ausgeübt worden sei oder nicht, — diesen Teil seines Briefes mit folgendem Satze: „Selbst fortgesetzte Reizung gutartiger Neubildungen wird nicht zum Uebergang in bösartige Tumoren führen, ausser wenn eine konstitutionelle Tendenz zur Bildung bösartiger Geschwülste vorliegt; ist aber eine solche vorhanden, so wird sie schneller in Aktion versetzt werden, wenn die vermeintlich gutartige Neubildung lange fortgesetzter und wiederholter Reizung unterworfen wird.“

Sei dies nun richtig, so drehe sich die ganze Frage nach der Berechtigung intralaryngealer Eingriffe bei Kehlkopfneubildungen, wie dies

auch so sein sollte, um die frühzeitige Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren des Organs. Dieselbe sei häufig sehr schwierig und selbst der erfahrenste Laryngologe sei in dieser Beziehung vor gelegentlichen Irrtümern nicht sicher. Es sei unmöglich, in einem Briefe auf alle die Punkte einzugehen, die hier zur Erwägung kommen sollten; es gebe aber eine Reihe von Symptomen, von denen freilich keines an sich entscheidend, jedes aber immerhin bedeutsam sei, und welche, zumal wenn mehrere derselben gleichzeitig vorhanden seien, einem erfahrenen Beobachter sofort den Verdacht auf Malignität nahe legen würden. Aus einer beträchtlichen Erfahrung hinsichtlich gutartiger und bösartiger Kehlkopfneubildungen abstrahiere er folgende Anhaltspunkte:

„Wenn im Falle eines Individuums, welches das Alter von 35 Jahren überschritten hat, eine kleine warzige Neubildung auf einem Stimmbande auftritt und bereits zu einer frühen Periode ihrer Existenz intensive Heiserkeit oder selbst Aphonie erzeugt; wenn das Stimmband, dem sie aufsitzt, frühzeitig kongestioniert, und noch mehr, wenn seine Beweglichkeit mangelhaft wird; wenn Zeichen von Reizung in der Nachbarschaft vorhanden sind; wenn die Neubildung nach teilweiser oder gänzlicher Zerstörung oder Entfernung sehr schnell recidiviert und rapid wächst —, so sind dies Umstände, welche den Beobachter mahnen sollten, auf seiner Hut zu sein. Die Abwesenheit konstitutioneller Symptome schliesst ganz und gar nicht Malignität aus. Es ist für den internen Kehlkopfkrebs charakteristisch, dass er oft genug erst in späteren Stadien Schmerz, Atemnot, Schlingbeschwerden, Schwellung benachbarter Lymphdrüsen, Kachexie etc. verursacht.“

Seien nun die vorher entwickelten Grundsätze richtig, so sei es unter solchen Umständen ein Kunstfehler schlimmster Art, die verdächtige Neubildung durch fortgesetzte Kauterisation oder ähnliche Methoden zu reizen, da, wenn wirklich eine Tendenz zum Uebergange in Krebs vorhanden sei — meistens sei freilich, wie dies weiterhin gezeigt werden würde, die Neubildung von vornherein bösartig —, diese Tendenz durch derartige Massregeln nur verstärkt werden könne. Unter solchen Umständen komme die probeweise, intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung eines kleinen Fragments der Neubildung ins Spiel. Zeige letztere die histologische Struktur bösartiger Geschwülste, so stehe die Diagnose selbstverständlich fest.

Aber hier wünsche der Verfasser wiederum, wie er es bereits im November des Vorjahres in einem vor der Clinical Society gehaltenen Vortrage getan habe (Clinical Society's Transactions, Vol. XX, 1887, p. 54), vor dem verhängnisvollen Irrtum zu warnen, dass man aus dem negativen Resultat der mikroskopischen Untersuchung den umgekehrten Schluss ziehen dürfe, dass die Neubildung

nicht bösartig und rücksichtsloses chirurgisches Vorgehen im Kehlkopf des Kranken nunmehr erlaubt sei!

Dreimal habe er allein im Verlaufe des letzten Jahres die Gelegenheit gehabt, zu erproben, wie absolut trügerisch ein derartiger Schluss sei. [In allen drei Fällen wurden die mikroskopischen Untersuchungen von zwei der anerkannt vorzüglichsten, englischen pathologischen Anatomen und speziellen Autoritäten auf dem Gebiete der Geschwulstlehre, den Herren Butlin und Shattock ausgeführt.] In dem ersten Falle ergab die erste mikroskopische Untersuchung die Charaktere eines anscheinend gutartigen Papilloms, die zweite, welche an einem nur fünf Tage später entfernten Stückchen vorgenommen wurde (so dass niemand hier an eine Transformation eines gutartigen Neoplasmas in ein bösartiges denken könne!), die unzweifelhafte Existenz eines teilweise verhornten Epithelioms. — Im zweiten Falle — dem von Mr. Butlin in den Clinical Society's Transactions, Vol. XX, 1887, p. 57 et seq. berichteten — den Semon zu wiederholten Malen als Konsultant zu sehen Gelegenheit hatte[1]), waren die Resultate der mikroskopischen Untersuchung anfänglich sehr zweifelhaft und nichts weniger als charakteristisch für Kehlkopfkrebs, und nur die klinischen Erscheinungen erregten von Anfang an Mr. Butlin's Argwohn, einen Argwohn, der erst viel später durch die Untersuchung eines neuerdings entfernten Fragmentes seine Bestätigung fand. — Am wichtigsten aber sei der dritte Fall. In diesem handelte es sich um eine winzige, etwa 0,3 cm im Höhen- und Längsdurchmesser betragende Warze, die Semon von einem Stimmbande eines alten Herrn entfernt hatte. Bei der mikroskopischen, von Mr. Shattock vorgenommenen Untersuchung stellte sich heraus, dass etwa $^3/_4$ des ganzen Objekts nichts, als die gewöhnlichen Charaktere entzündlichen Gewebes, nämlich eine enorme Menge kleiner Rundzellen zeigten, dann folgen einige mitten durch dies Gewebe verstreute Epithelproliferationen, und hier und da einige Zellnester, und verschiebt man wiederum das Objektglas ein wenig, so findet man sich plötzlich in der Mitte des denkbarst typischen, verhornenden Epithelioms.

Die praktische Bedeutung dieses Ergebnisses liegt auf der Hand. Angenommen, der winzige Bruchteil der Geschwulst, welcher diese entscheidenden Resultate gab, sei im Kehlkopf zurückgelassen worden — und der Verf. brauche wohl kaum zu sagen, dass es sehr viel Glück gewesen sei, dass er ihn zugleich mit dem Rest entfernt habe — so hätte der Ausspruch des pathologischen Anatomen nur dahin lauten können, dass es sich um eine unschuldige entzündliche Neubildung handle. Angenommen nun, der Verf. hätte, auf das mikroskopische Resultat vertrauend, die Basis der Geschwulst kauterisiert oder sonst gereizt — in

1) Referate über die beiden Fälle finden sich im Centralblatt, Bd. III, S. 454ff. Leider ist in denselben mit Rücksicht auf den beschränkten zu Gebote stehenden Raum der im Originalbericht des ersten nachdrücklich betonten Frage nach dem Wert der mikroskopischen Untersuchung in solchen Fällen keine Erwähnung getan.

Wirklichkeit würde er das freilich unter keinen Umständen getan haben —; angenommen, dieselbe sei recidiviert, es sei wiederum ein Stück entfernt und diesmal seien von dem pathologischen Sachverständigen die Charakteristika des652Epithelioms gefunden worden — was wäre das Verdikt gewesen?

Dem Leitartikel des British Medical Journal zufolge sähe der Verf. nur eine Antwort: die nämlich, dass er durch seine fortgesetzte Reizung eine ursprünglich gutartige Neubildung zur bösartigen Degeneration gebracht habe. Und dabei sei die Geschwulst in Wirklichkeit bösartig gewesen, bevor sie je berührt wurde! —

Der Brief fährt nun fort:

„Hier, Herr Redakteur, ist der springende Punkt dieses Briefes. Ich wünsche meine Spezialität gegen ungerechte Anklagen zu verteidigen und blossen Unterstützungsmethoden der Untersuchung, so wertvoll dieselben an sich auch sein mögen, ihre richtige Stellung anzuweisen.“ —

„Bezüglich des ersten Punktes glaube ich, dass in allen, oder jedenfalls beinahe allen Fällen, in denen eine bösartige Degeneration nach, oder vielmehr infolge, intralaryngealer chirurgischer Behandlung aufgetreten sein soll, das Leiden vom allerersten Anfange an bösartig war und nur nicht als solches erkannt wurde. Mit Bezug auf den zweiten bin ich dem Mikroskop gewiss dankbar für die Hilfe, die es mir oft in schwierigen und zweifelhaften Fällen gegeben hat, aber ich erwarte von ihm nicht, dass es Unmögliches leistet. Der pathologische Anatom kann nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment positive Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Angesichts des immerhin auf ein Ungefähr angewiesenen Charakters der intralaryngealen Entfernung, der Tatsache, dass Neubildungen ganz und gar nicht gleichförmig in ihrer Struktur zu sein brauchen, des Faktums, dass bisweilen papilläre Auswüchse von einer epitheliomatösen Basis entspringen etc. etc., kann das entfernte Stück ohne jede Beweiskraft für den wahren Charakter des Leidens sein, und ist es in der Tat oft nicht.“

Es würde ein schwerer Fehler sein, unter solchen Umständen alle wohlbegründeten klinischen Befürchtungen in den Wind zu schlagen. Die Frage sei parallel der der Untersuchung des Sputums auf Bazillen bei befürchteter Phthise. Auch hier entscheide das positive Resultat die Diagnose, während ein vereinzeltes negatives Resultat ganz und gar nicht zur Vernachlässigung wohlmarkierter, klinischer Symptome berechtige. In beiden Fällen sei Vorsicht und Urteilskraft notwendig. In vielen Fällen bestehe, nach des Verf.'s Meinung, das richtige Vorgehen unter solchen Umständen — ausser wenn sich der Charakter der Neu-

bildung in der Zwischenzeit durch andere Symptome erkläre — in der, wenn notwendig, mehrmals, wiederholten vorsichtigen intralaryngealen Entfernung und mikroskopischen Untersuchung von Fragmenten. Es sei aber nicht möglich, dogmatische Regeln bezüglich dieses Punktes aufzustellen: „Jeder Fall muss individuell beurteilt werden, und man darf niemals vergessen, dass Zeit in diesen Fällen kostbar ist, und dass durch zu langes Warten die Chancen einer wirklichen Heilung durch die Radikaloperation unwiederbringlich verloren gehen können."

Die Darlegungen des in derselben Nummer des Brit. Med. Journal abgedruckten Butlin'schen Briefes[1]) decken sich fast vollständig mit denen Semon's. Allerdings nehmen seine Ausführungen weit direkteren Bezug auf den speziellen Fall des deutschen Kronprinzen, als die des eben analysierten Briefes; er warnt seine Landsleute gegen ein verfrühtes Triumphgeschrei über den vermeintlichen Sieg der englischen über die deutsche Kehlkopfchirurgie, wie es zu jener Zeit von vielen englischen Blättern angestimmt worden war, und verbreitet sich ausführlicher über die derzeit vorliegenden Gründe zu fortgesetzter Besorgnis. — Was die uns hier beschäftigenden Fragen betrifft, so erklärt er erstens, dass er nicht weiss, woher die Meinung stamme, dass gutartige Kehlkopfneubildungen eine spezielle Neigung zu bösartiger Degeneration zeigten. So weit ihm bekannt, läge kein Material vor, welches bewiese, dass eine derartige spezielle Neigung existiere, während im Gegenteil ein sehr bedeutendes Material vorläge, welches zeige, dass gutartige Kehlkopfpolypen selbst unter starker Provokation nur selten bösartig degenerierten. — Was die zweite Frage, die nach der Beweiskraft der mikroskopischen Untersuchung, anbetrifft, so sagt er wörtlich: „Ich habe, seit ich im Jahre 1883 die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der Entfernung und sorgsamen mikroskopischen Untersuchung von Fragmenten zweifelhafter Kehlkopfneubildungen gelenkt habe (Malignant Disease of the Larynx, p. 26 und p. 43), vielfach sowohl in meiner eigenen Praxis, wie in der Anderer Gelegenheit gehabt, solche Fragmente zu untersuchen. Und ich habe gelernt, wie gefährlich und irreleitend es ist, sich auf die Untersuchung eines einzelnen Stückes zu verlassen, ausser wenn die Erscheinungen pathognomonisch für ein Leiden wie den Pflasterzellenkrebs (Epitheliom) sind."

Butlin führt dann weiterhin aus, dass in solchen Fällen mehrfach wiederholte Entfernung und mikroskopische Untersuchung notwendig ist, und exemplifiziert schliesslich seine allgemeinen Erfahrungen auf den Fall des deutschen Kronprinzen.

In der nächsten Nummer des Brit. Med. Journal (11. Juni 1887) tritt Mr. Lennox Browne speziell den auf die Seltenheit der malignen Degeneration gutartiger Kehlkopfgeschwülste bezüglichen Ausführungen

1) Derselbe ist zum grössten Teile in dem offiziellen Berichte der deutschen Aerzte über die Krankheit des Kaisers Friedrich's III. abgedruckt.

Semon's entgegen. Er bringt in Erinnerung, dass er die gegenteilige Ansicht bereits im Jahre 1875 vertreten habe, und verschiebt dann sofort die Basis der ganzen Diskussion, indem er erklärt, nicht einsehen zu können, warum der Kehlkopf von der Applikation des allgemein zugestandenen Prinzips ausgenommen sein solle, dass es „eine Bösartigkeit der Gewebe gäbe, welche repräsentiert sei durch eine Hartnäckigkeit lokaler Recidive infolge lokaler perverser Entwickelung". — Sodann geht er dazu über, „Beweise" für seine Behauptung vorzubringen. Diese Beweise zerfallen in zwei Klassen: in der ersten werden „autoritative Meinungen" einiger Autoren (Solis Cohen, Fauvel, Gottstein, Seiler) zitiert, welche angeblich für Mr. Browne's eigene Anschauungen sprechen: in der zweiten werden einige Fälle von Clinton Wagner, Gussenbauer, Tauber, Fauvel und Newman in grösserer oder geringerer Ausführlichkeit rekapituliert, welche den Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige infolge von intralaryngealen Operationen illustrieren sollen. — Da beide Kategorien von Beweisen in der weiterhin berichteten Antwort Semon's auf ihren wahren Wert reduziert werden, ist es unnötig, die betreffenden Zitate und Krankengeschichten hier ausführlich wiederzugeben. Mr. Browne ist überzeugt, nunmehr auf Semon's Herausforderung genügend geantwortet zu haben, überlässt es dem Redakteur und den Lesern des Brit. Med. Journal zu beurteilen, ob Semon's Behauptung, „dass die Proportion der Fälle bösartiger Degeneration seit der Aufstellung seiner Statistik vor 8 Jahren entweder gar nicht oder nur zum Besseren sich geändert habe", berechtigt sei, und erklärt, dass Semon's Befürchtung, nämlich dass die Annahme dieser „Möglichkeit" (possibility) der Verwandelung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst den Todesstoss der intralaryngealen Chirurgie bilden werde, „als eine grobe Uebertreibung abgefertigt werden könne, die keine detaillierte Widerlegung verdiene". Den Schluss des Briefes bildet eine erneute Apotheose des in der Wissenschaft unleidlichen nationalen Elementes, gegen welches Butlin eben erst Verwahrung eingelegt hatte.

Der Vollständigkeit wegen muss erwähnt werden, dass in derselben Nummer des Brit. Med. Journal ein kurzer Brief von Dr. G. Hunter Mackenzie sich findet, in welchem ebenfalls das negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung entfernter Geschwulstfragmente als wenig beweisend erklärt und gleichzeitig behauptet wird, dies sei eine völlig bekannte Sache.

Semon's Antwort auf Mr. Browne's Ausführungen (Brit. med. Journal, 18. Juni 1887) führt vor allen Dingen die Diskussion wieder auf den wirklich in Frage stehenden Punkt zurück. Er habe nicht daran gedacht, die „Möglichkeit" maligner Degeneration gutartiger Geschwülste zu bestreiten, und ebensowenig für den Kehlkopf in dieser Beziehung eine Ausnahmestellung zu postulieren, sondern er habe Beweise für die behauptete „spezielle" Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste verlangt, infolge intralaryngealer Operationen sich in bösartige zu ver-

wandeln. Diese Behauptung sei bereits vor Jahren von Mr. Browne in dessen Lehrbuch (The Throat and its Diseases, p. 244) (in der im Beginne dieses Artikels mitgeteilten Form) aufgestellt worden. Mr. Browne habe indessen niemals Beweise für diese Behauptung geliefert und seine Haltung in der ganzen Frage sei den merkwürdigsten Wandlungen unterworfen gewesen. (Dies wird durch die betreffenden Zitate der publizierten Aeusserungen des genannten Laryngologen illustriert.) Jetzt spräche er wieder von einer „Möglichkeit", wo er früher von „Häufigkeit" gesprochen habe. Gerade in der Frage der Häufigkeit läge der Kernpunkt des Streites, denn er, Semon, müsse nachdrücklich wiederholen, was er in seinem ersten Briefe gesagt habe: es sei ihm unverständlich, wie Jemand gewissenhafter Weise fortfahren könne, intralaryngeale Operationen vorzunehmen, wenn er glaube, dass er hierdurch „häufig" eine gutartige Geschwulst in eine bösartige verwandele. Dass Mr. Browne es eine „grobe Uebertreibung" nenne, wenn man aus seiner eigenen ursprünglichen Angabe den einzig möglichen Schluss ziehe, dürfe dem Urteil jedes Lesers überlassen bleiben: es sei in dieser Frage nicht möglich, gleichzeitig mit den Hunden zu hetzen und mit dem Hasen zu laufen!

Die Browne'sche Angabe könne nur durch eine statistische Untersuchung erhärtet werden. Man müsse die Totalzahl aller intralaryngeal operierten Fälle gutartiger Kehlkopfneubildungen annähernd berechnen und dann nachweisen, dass ein gewisser Bruchteil derselben, welcher den Gebrauch des Wortes „häufig" zulässig erscheinen lasse — also etwa 20 pCt. oder selbst nur 10 pCt. — innerhalb eines vernünftigen Zeitraumes nach der Operation bösartiger Degeneration verfallen sei.

In wie weit sei Mr. Browne nun dieser billigen Anforderung nachgekommen?

In erster Stelle habe er nicht einmal den Versuch gemacht, Semon's statistische Berechnung zu widerlegen, der zu Folge im Jahre 1878 auf über 500 intralaryngeal operierte Papillome — resp. auf über 1000 intralaryngeale Operationen an gutartigen Kehlkopfneubildungen aller Art — zwei Fälle maligner Degeneration kamen. Wie habe er unter diesen Umständen überhaupt im Jahre 1875 seinen Satz aufstellen können? Oder rechtfertige ein Verhältnis von 2, resp. 1 : 500 den Gebrauch des Wortes „häufig"?

Zweitens suche er jetzt auf Grund neuerer „autoritärer Meinungen" seinen Satz zu stützen. Semon weist nun nach, dass nicht ein einziger der zitierten Autoren (J. Solis Cohen, Fauvel, Gottstein, Bosworth, Seiler) angibt, dass er selbst je eine derartige Degeneration gesehen habe, und zeigt durch Zitate der betreffenden Aeusserungen, dass ihre Angaben sämtlich darauf hinauslaufen, dass eine gelegentliche Umwandelung gutartiger Geschwülste in bösartige, entweder unter unbekannten Verhältnissen oder unter dem Einflusse traumatischer Einwirkungen, vorkomme, was er nicht allein nicht bestritten, sondern direkt zugegeben

habe. Aber wo bekräftige einer der betreffenden Autoren Mr. Browne's Angabe hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommnisses, wo fände man es angegeben, dass eine „spezielle" Neigung der Neubildungen des Kehlkopfes existiere, infolge operativer Eingriffe einen bösartigen Charakter anzunehmen?

Drittens habe Mr. Browne von „Tatsachen" gesprochen. Statt aber eine enorme Quantität neuer oder von Semon übersehener Fälle beizubringen, die seine Behauptung wenigstens nachträglich bekräftigten, habe er in Summa in der ganzen laryngologischen Literatur fünf neue Fälle aufgetrieben.

Und was seien diese Fälle wert? — Der erste (Clinton Wagner's) könne ohne weiteres zugelassen werden. — Der zweite (Fauvel's) sei, Loewenberg's mikroskopischer Untersuchung zu Folge, a priori bösartig gewesen und von Fauvel selbst sofort als „sarcome" bezeichnet worden. — Der dritte (Tauber's) sei sehr unvollständig berichtet worden, und es sei aus der Beschreibung durchaus nicht zu entnehmen, ob sich die mikroskopische Untersuchung, von der die Rede sei, auf die intra vitam entfernten Fragmente oder auf die post mortem vorhandene Kehlkopfgeschwulst beziehe. Nichtsdestoweniger wolle er (Semon) Mr. Browne diesen Fall konzedieren. Andererseits aber seien die beiden letzten von Mr. Browne zitierten Fälle (Newman's und Gussenbauer's) für ihn völlig unzulässig. Schon gelegentlich des Fauvel'schen Falles habe er dagegen protestiert, von einer Umwandelung des histologischen Charakters „im Laufe der Behandlung" zu sprechen, während das Recidiv $2\frac{1}{2}$ Jahre später aufgetreten sei. Was solle er nun aber von den Newman'schen und Gussenbauer'schen Fällen sagen, in welchen 5 resp. 10 Jahre nach der intralaryngealen Operation gutartiger Neubildungen Krebs des betreffenden Teiles folgte? Es erschiene ihm einfach monströs, nach dem Verlaufe einer so langen Zeit dem durch den operativen Eingriff gesetzten Reiz die Schuld am Auftreten der malignen Neubildung beizumessen; und er weise dergleichen Fälle einfach zurück. Für ihn illustrierten gerade solche aufs Beste, was er in seinem ersten Briefe von der „dyskrasischen Veranlagung" gesagt habe. Er gebe gern zu, dass dieser Ausdruck nur in sehr unvollkommener Weise unsere Unwissenheit hinsichtlich des wirklichen Vorganges in solchen Fällen bemäntele; wir hätten aber nicht das geringste Recht, den tatsächlich wichtigsten Faktor einfach zu ignorieren, weil seine genaue Natur uns noch unbekannt sei.

Mr. Browne's gesamte „Tatsachen" liessen sich also dahin summieren, dass er den zwei zweifelhaften früheren Fällen (Gibb's und Rumbold's) zwei neue angereiht habe, von denen einer, gelinde gesagt, äusserst zweifelhaft sei. Nun wolle er (Semon) ihm selbst weiteres Material liefern: Beschorner habe einen hierher gehörigen Fall veröffentlicht (Berl. klin. Wochenschr., 1877, S. 187) und Störck desgleichen (Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, S. 400).

In Summa besässen wir also jetzt sechs Fälle — von denen mehrere zweifelhaft — bösartiger Degeneration von Kehlkopfneubildungen nach intralaryngealen Operationen. Aenderten diese nun die im Jahre 1878 berechnete Proportion?

Mr. Browne, der dies behauptete, schiene zu glauben, dass seit dem Jahre 1878 keine intralaryngealen Operationen mehr ausgeführt worden seien, wenigstens erwähne er derselben mit keiner Silbe. Die Sache läge aber gerade umgekehrt. Diese Operationen seien so alltäglich geworden, dass man die betreffenden Fälle nicht mehr veröffentliche. Um die Gesamtzahl annäherungsweise zu berechnen, müsse man daher an der Hand veröffentlichter Statistiken eine Kalkulation anstellen. Nun hätten veröffentlicht:

Fauvel (1862—1878) . . .	343
Mackenzie (1862—1880) . .	223
v. Bruns (1868—1878) . . .	200
Tobold (1861—1874) . . .	70
Störk (1871—1880)	60
Oertel (1862—1874) . . .	59
v. Schroetter (1870—1873) .	48
Schnitzler (1872—1874) . .	35
Paul Bruns (1871—1878) . .	35
	1073

Fälle intralaryngeal operierter gutartiger Kehlkopfpolypen.

Seitdem hätte Boecker mehr als 300 Fälle operiert und Elsberg 300 und Massei 200 Fälle berichtet, leider ohne anzugeben, wieviele derselben intralaryngeal operiert worden seien. Stelle man nunmehr eine Berechnung auf der Basis an, dass die oben genannten Autoren seit ihren Publikationen alljährlich eine korrespondierende Anzahl von Fällen intralaryngeal operiert hätten, so ergäbe sich, dass die Anzahl ihrer Operationen allein sich im gegenwärtigen Augenblick auf 1073 + 930 = 2003 Fälle belaufe. Rechne man zu diesen Boecker's 300 Operationen und nehme man an, dass Elsberg und Massei von ihren zusammen 500 Fällen nur 100 operiert hätten, sö hätten wir bereits 2400. Erinnere man sich weiter, dass eine grosse Zahl der bekanntesten und beschäftigsten Laryngologen niemals ihre Fälle intralaryngealer Operationen veröffentlicht hätten und ziehe weiterhin die isolierten Publikationen solcher Operationen, deren Zahl einfach Legion sei, in Betracht, so wäre es bei der bescheidensten Schätzung klar, dass in diesem Augenblicke zum allerwenigsten 3000 intralaryngeale Operationen vorliegen. Die wahre Anzahl sei wahrscheinlich viel grösser.

Bei der elastischsten Dehnung der Sachlage zugunsten von Mr. Browne's Behauptung — d. h. indem man einerseits zweifelhafte Fälle zuliesse, andererseits die Gesamtzahl der intralaryngealen Opera-

tionen so niedrig als möglich abschätze — komme man also schliesslich auf das Verhältnis von 6 Degenerationen auf 3000 Operationen, bzw., wenn man das Verhältnis der Papillome zu anderen gutartigen Kehlkopfneubildungen mit den erfahrensten Autoren als 2 : 1 annehme, von 6 Degenerationen auf 2000 intralaryngeal operierte Papillome!

Nun habe er (Semon) noch zwei Fragen zu stellen und seine Aufgabe sei gelöst:

1. Sei Mr. Lennox Browne berechtigt, von der „häufigen" Transformation gutartiger Geschwülste in bösartige infolge intralaryngealer Operationen zu sprechen angesichts obiger Schätzung, die einen Fall von Degeneration auf 500 intralaryngeal operierte gutartige Kehlkopfgeschwülste aller Art, bzw. 1 Fall von Degeneration auf 333 intralaryngeal operierte Papillome ergibt?

2. Die Frequenz der Degeneration, die Semon im Jahre 1878 für die Gesamtzahl der operierten Fälle gefunden habe, sei 2 : 843 bzw. 1 : ca. 250 in Fällen von Papillom gewesen. Jetzt sei dieselbe 2 : 1000 in Fällen aller Arten gutartiger Neubildungen, bzw. 1 : 333 in Fällen von Papillom. Habe er, Semon, die Sachlage unrichtig dargestellt, als er gesagt habe, er glaube fest, dass die Proportion sich seit 1878 kaum geändert, oder sich nur günstiger gestaltet habe?

Er überlasse die Antwort auf diese Fragen dem Leser. Der Brief schliesst folgendermassen:

„So unangenehm mir diese Kontroverse war, so hoffe ich, dass sie nicht nutzlos gewesen ist. Das lächerliche Missverhältnis zwischen Mr. Browne's Behauptungen und den Tatsachen, auf welche dieselben basiert sind, ist aufgedeckt worden, und dies ist sicherlich ein Gewinn. Es liegt wenig daran, ob Mr. Browne selbst einsieht und zugesteht oder nicht, welch' furchtbare Situation sowohl für die Patienten als für den Operateur geschaffen worden wäre, wenn seine Angaben gerechtfertigt gewesen wären. Der Zweck, den ich im Auge gehabt habe: die Frage der Berechtigung intralaryngealer Operationen in Fällen gutartiger Neubildungen zum Austrage zu bringen — ist vollständig erreicht worden, und ich werde auf weitere Briefe Mr. Browne's nicht antworten, ausser wenn dieselben wichtige und neue Tatsachen bringen."

In derselben Nummer berichtigt Butlin kurz Mr. Browne's Angaben hinsichtlich der in dem Butlin'schen Werke „Malignant Disease of the Larynx" gemachten Bemerkungen über den oben erwähnten Fauvel'schen Fall. Seine allgemeinen Bemerkungen hinsichtlich der Seltenheit des Ueberganges gutartiger in bösartige Geschwülste decken sich durchaus mit denen Semon's.

In der folgenden Nummer (Brit. Med. Journal. 25. Juni 1887) erklärt Mr. Browne mit Bezugnahme auf einen redaktionellen Wunsch nach Schluss der Kontroverse, dass er keine „beinahe auf der Hand

liegenden Entgegnungen auf viele Punkte in Dr. Semon's langem Briefe geben wolle". Es sei in der Tat überraschend, dass letzterer, angesichts der vielen Punkte, in welchen er den Warnungen des Leitartikels beistimme (?), welche, wie er gut genug sei anzugeben, auf Mr. Browne's Lehren gegründet seien, es für notwendig gefunden habe, so viel über die verhältnismässig untergeordnete (!) Frage der „Häufigkeit" oder den „speziellen" Charakter der in Rede stehenden Neigung zu sagen (!!). Für Mr. Browne genüge es (!), dass Semon sechs berichtete Fälle konzediere, und da zweifelsohne viele Fälle von Operationen nicht publiziert worden seien, so sei es kaum fraglich, dass sich unter diesen solche befänden, in welchen bösartige Umwandlung stattgefunden habe. Er wünsche daher seine Genugtuung (!) darüber auszudrücken, dass die Ansichten, die er zuerst ausgesprochen habe, acceptiert (!!) und in dem von Dr. Semon konzedierten Grade durch Fälle bestätigt (!) worden seien. — Der Vorwurf immerwährenden Wechsels der Ansichten berühre ihn nur wenig, da er glaube, dass es keine Schande für einen Chirurgen sei, einen offenen Geist zu besitzen; de facto aber sei seine spätere Aeusserung nur ein „legitimer Zusatz" zu seinem ursprünglichen Dictum gewesen!

Der Brief schliesst:

„Bei einem Rundblick über die Frage kann ich mir wohl denken, dass diese Kontroverse für Dr. Semon „unangenehm" gewesen ist. Da sie aber auf seine eigene Aufforderung stattgefunden hat, ist nur er selbst für seine unbequeme Lage (discomfort) verantwortlich. Ich teile von Herzen seine Hoffnung — und ich möchte hinzufügen: den Glauben — dass die Diskussion „nicht nutzlos gewesen ist.""

Dass auf diesen unglaublichen Brief, der die Ergebnisse der Diskussion einfach auf den Kopf stellt, von seiten Semon's keine Antwort erfolgte, wird wohl jeder Leser des vorstehenden Berichtes als selbstverständlich betrachten. Dagegen resümiert ein bis dahin völlig unbeteiligter Zuschauer, Dr. de Havilland Hall, den Eindruck, den er von der Kontroverse gewonnen hat, in folgendem (in der Nummer vom 16. Juli abgedruckten) Briefe an den Redakteur des British Medical Journal:

„Herr Redakteur!"

„Obwohl Sie die Diskussion über intralaryngeale Chirurgie für geschlossen erklärt haben, hoffe ich, dass Sie mir, als Jemandem, der ihr mit grossem Interesse gefolgt ist, gestatten werden, den Eindruck anzugeben, den sie auf mich gemacht hat."

„Mr. Lennox Browne hat entweder absichtlich oder unabsichtlich die von Dr. Semon eingenommene Stellung missverstanden. Der Schlüssel zu der ganzen Frage ist das Wort „häufig", in dem von Mr. Browne gebrauchten Satze: „gutartige Geschwülste nehmen häufig einen bösartigen oder selbst krebsigen Charakter infolge der durch

Entfernungsversuche veranlassten Reizung an". Sicherlich würde, wenn dies der Fall wäre, kein Chirurg die Verantwortung auf sich nehmen, die Entfernung einer Kehlkopfneubildung angesichts der Möglichkeit anzuraten, dass ein so unglückliches Resultat häufig erfolgte. Da von der Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Ansicht das Glück und die Erwerbsfähigkeit einer grossen Zahl von Menschen abhängt, so kann es nicht recht sein, Mr. Browne's Ansichten vor die Welt gehen zu lassen, als wenn sie acceptiert worden wären — trotz Ihres eigenen Leitartikels über die Frage".

„Dass dieselben nicht acceptiert worden sind, ist überzeugend demonstriert durch die immer wachsende Zahl von Chirurgen, die intralaryngeale Operationen unternehmen; dass sie nicht acceptiert werden sollten, ist durch die von Dr. Semon produzierten und von Mr. Browne stillschweigend konzedierten Zahlen bewiesen, nämlich: 3000 Operationen mit 6, in denen nach der Operation maligne Umwandlung erfolgte. Auch ist es für mich noch ganz und gar nicht bewiesen, dass selbst in diesen sechs Fällen die bösartige Umwandlung durch die Operation veranlasst war. Im Kehlkopf ebenso wie an anderen Stellen nehmen gutartige Geschwülste bisweilen einen krebsigen Charakter an, nachdem sie viele Jahre bestanden haben und ohne dass je an ihnen operiert worden ist. Stoerk beschreibt zwei Fälle der Art und es ist daher unmöglich zu sagen, inwieweit dieselbe Veränderung nicht auch Platz gegriffen haben würde, wenn die sechs Fälle unoperiert geblieben wären."

„Und nun zum Schlusse ein Wort über die ethische Stelle der Frage. In einer Angelegenheit, die so tief in die Gesundheit und das Glück vieler Menschen eingreift, ziemt es sich für jeden erfahrenen Chirurgen, unter einem ernsten Gefühl von Verantwortlichkeit für alle dogmatischen Angaben zu schreiben, die er machen mag, und ich denke, dass jeder unbefangene Beobachter mit mir darin übereinstimmen wird, dass Mr. Browne's Gebrauch des Wortes „häufig" irreführend ist und dass er, ausser wenn er kräftigeres Beweismaterial beibringen kann, um seinen Gebrauch zu rechtfertigen, als er bis jetzt getan hat, freimütig eingestehen sollte, dass die gegenwärtig der medizinischen Welt vorliegende Statistik die Ansicht nicht unterstützt, die er im Jahre 1878 ausgedrückt hat."

Die Kontroverse findet dann — soweit das British Medical Journal betroffen ist — damit ihren Abschluss, dass vier Wochen später an der verstecktesten Stelle (p. 362) der Nummer vom 13. August folgende redaktionelle Notiz erscheint:

„Mr. Lennox Browne hat in Beantwortung von Dr. de Havilland Hall's Zuschrift vom 15. Juli einen Brief geschrieben, für den wir keinen Platz finden können. Mr. Browne acceptiert Dr. Semon's sechs Fälle nicht als eine irgendwie komplette Liste derjenigen, in welchen gutartige Kehlkopfgeschwülste, die einer Operation unterworfen

wurden, bösartig geworden sind. Gleichzeitig wünscht er aber zu sagen, dass er bereits, ehe diese Kontroverse begann, in der zweiten Auflage seines Buches „The Throat and its Diseases“ den in der ersten gebrauchten Ausdruck modifiziert habe, demzufolge eine solche Degeneration „häufig“ vorkomme, und er meint, dass späteren Erfahrungen zufolge das Wort „gelegentlich“ (occasionally) besser die Tatsachen repräsentieren würde[1].“

Nach dem Verlaufe dieser Kontroverse erschien die Hoffnung wohl gerechtfertigt, dass die Frage nunmehr, wenigstens zeitweise, als erledigt zu betrachten sein werde. Schon die nächste Zukunft aber sollte zeigen, dass diese Hoffnung eine trügerische war. Kaum fünf Wochen nämlich nach dem Schlusse der Diskussion in England tauchte die Frage aufs Neue in Deutschland auf.

Am 19. September 1887 hielt Prof. Schnitzler (Wien) in der ersten Sitzung der laryngologischen Sektion der 60. Naturforscherversammlung zu Wiesbaden einen Vortrag „Ueber Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige“[2], in welchem er über drei einschlägige Fälle berichtete, die sich in seiner eigenen Praxis zugetragen hätten. In der Diskussion über den Vortrag erwähnte Seifert (Würzburg) zweier, Morelli (Budapest) eines analogen Falles. — In demselben Monat beschrieb Beschorner[3]) einen weiteren Fall. — Hier ist es auch unsere (Semon's) Pflicht, eines älteren einschlägigen Falles zu gedenken, den wir zur Zeit der Kontroverse übersehen und erst

---

1) Die zweite Auflage von Mr. Browne's Buch, deren Vorrede vom Juni 1887 (!) datiert ist, liegt vor uns. Im Eingange zu der betreffenden Frage bemerkt er (p. 420), dass er, obwohl noch immer fest überzeugt, dass seine Schlüsse in den Hauptsachen richtig (sound) seien, doch das betreffende Kapitel nicht wieder in extenso reproduziere, einerseits der Raumersparnis wegen, andererseits weil seine Warnungen jetzt allgemeiner beherzigt würden (!) und daher keine Notwendigkeit vorliege, sie zu wiederholen! Dann folgen die im Anfange dieses Artikels angezogenen Thesen völlig unverändert, und die fünfte lautet wie früher (p. 422): „Während primäre bösartige oder krebsige Geschwülste im Kehlkopf selbst selten sind, nehmen gutartige Geschwülste „nicht selten“ (not unfrequently) einen bösartigen oder selbst krebsigen Charakter infolge des durch Entfernungsversuche gesetzten Reizes an.“ Soweit also kann von einer Modifikation nicht die Rede sein. — Die in der ersten Auflage folgende, oben zitierte Argumentation fällt dann fort, und statt ihrer heisst es nunmehr: „Diese Bemerkung ist diejenige, gegen welche vor allen anderen Opposition erhoben worden ist. Sie hat indessen seitens Solis Cohen's, Tauber's und anderer, und besonders in der Krankengeschichte eines Patienten, dem der verstorbene Dr. Foulis den Kehlkopf exzidierte, Unterstützung gefunden.“ Folgt eine vier Zeilen lange Beschreibung des betreffenden, oben erwähnten Falles, in dem Sir Morell Mackenzie ein Papillom fünf Jahre vor der Entwicklung eines Epithelioms entfernte! — Das Wort „occasionally“, das jetzt (1887) nach Mr. Browne's Erfahrungen die Tatsache besser repräsentieren würde, ist in dem einschlägigen Passus nicht zu finden! — Der einzige Unterschied von der ersten Auflage ist also der, dass die Argumentation, in der das Wort „häufig“ gebraucht wurde, fortgelassen worden ist! — — Red.

2) Vgl. Centralblatt IV, S. 289. — Schnitzler's, Seifert's und Morelli's Fälle werden, ebenso wie die später erwähnten, weiterhin ausführlich berichtet werden.

3) Monatsschrift für Ohrenheilkunde usw. 1887. Nr. 9. S. 270.

nachträglich ausfindig gemacht haben. Es ist der von V. v. Bruns und Boecker beobachtete, von Paul Bruns beschriebene[1]).

Die neuen Beispiele würden, wenn sämtlich unanfechtbar, die Gesamtzahl der berichteten malignen Degeneration auf 14 bringen und die Proportion — vorausgesetzt, dass die Gesamtzahl der intralaryngealen Operationen der Schätzung des Herausgebers (s. oben) entsprochen hätte — beträchtlich verschieben.

Freilich wäre selbst dann noch das Verhältnis der Degenerationen zur Gesamtzahl der operierten Fälle ein verschwindend kleines; freilich hatte schon Gottstein in der Diskussion über die Schnitzler'schen Fälle dagegen gewarnt, aus der laryngoskopischen Untersuchung auf eine Umwandlung gutartiger Neubildungen in bösartige zu schliessen, — aber es war nach den bis dahin gemachten Erfahrungen fast mit Sicherheit vorauszusehen, dass aus den neuen Berichten Kapital für die Ansichten der Opposition geschlagen werden würde.

Diese Voraussicht sollte sich nur zu bald bestätigen. Mr. Browne nahm die Frage von neuem auf. Aber er wechselte nunmehr das Terrain und machte für seine Ansichten unter dem Laienpublikum Propaganda. Nachdem er in einem an den Redakteur der „Times" gerichteten und in der Nummer vom 21. Oktober veröffentlichten Briefe erklärt hatte, dass „klinische und symptomatische Zeichen wie nichts (!) seien, wenn sie mit den vom Mikroskop einem so erfahrenen Auge (wie Virchow's) erschlossenen Tatsachen verglichen würden", und hierdurch — ganz abgesehen von der in diesem Diktum enthaltenen Herabwürdigung der klinischen Medizin und seiner eigenen Spezialität — das Laienpublikum über die Bedeutung solcher partieller mikroskopischer Untersuchungen nach alledem, was eben erst über diesen Punkt in der Diskussion im British Medical Journal auseinandergesetzt worden war, vollständig irregeführt hatte, — richtete er am 10. November an den Redakteur der „Pall Mall Gazette" ein Schreiben, in welchem er seinen alten Satz mit der neuen Modifikation wiederholt, auch sonst auf die angeblichen Gefahren intralaryngealer Operationen eingeht und nunmehr bereits die Schnitzler'sche Mitteilung zur Bestätigung seiner eigenen Ansichten verwertet. Dass er dabei Prof. Schnitzler, der ausdrücklich bemerkt hat, er habe eine maligne Umbildung nur dreimal „unter hunderten von gutartigen Neubildungen" gesehen, sagen lässt, er habe eine derartige Transformation „sehr oft (very often)" beobachtet, ist im Einklang mit der sonstigen Art und Weise seiner Polemik. — Wenige Tage später brachten fast alle politischen Abendzeitungen Londons einen gleichlautenden Abriss eines Vortrages, den Mr. Browne in seinem Hospital über gutartige und bösartige Kehlkopfneubildungen gehalten hatte und in dem wiederum all' die Behauptungen aufgetischt wurden, die im obigen charakterisiert worden sind.

---

1) Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. 1878. S. 143.

Wie schädlich der Einfluss gewesen ist, den solche Behauptungen auf ein Publikum haben üben müssen, das sich ein eigenes Urteil nicht bilden kann und ausserdem in jener Zeit durch die sich widersprechenden Erklärungen der verschiedensten Blätter über Kehlkopfleiden vollständig verwirrt worden war, ist schwer zu ermessen. Jedenfalls ist es Tatsache, dass vor längerer Zeit erfolgreich an Kehlkopfpolypen operierte Patienten, die unglücklicherweise jene Angaben gelesen hatten, sich voller Angst an ihre Aerzte wandten, um zu erfahren, ob sie nunmehr Kehlkopfkrebs zu befürchten hätten, und dass man gebildete Leute erklären hörte, sie würden sich unter keinen Umständen im Kehlkopf operieren lassen, da ja so häufig ein Krebs sich infolge solcher Operationen entwickle!

Unter diesen Umständen schien — wollte man Mr. Browne nicht in die Arena der Tagesblätter folgen — nur Eines übrig zu bleiben: durch gemeinsame Arbeit der Fachgenossen die wahre Sachlage zu ermitteln und durch die legitimen Kanäle der medizinischen Blätter die praktischen Aerzte, durch diese das Publikum über die Grundlosigkeit der angeblichen Gefahren aufzuklären! Die in diesem Kapitel rekapitulierte Zusammenstellung des Herausgebers hatte, wie er sehr wohl weiss, diese Aufgabe nicht erschöpfend gelöst. Es erschien ihm zur Zeit der Kontroverse nur notwendig, die Unhaltbarkeit der Behauptungen des Leitartikels des British Medical Journal und Mr. Browne's nachzuweisen, und im Bewusstsein der guten Sache, die er verfocht, liess er einerseits äusserst zweifelhafte Fälle zu und schlug anderseits die Gesamtzahl der operierten Fälle viel zu gering an. Es war wohl von vornherein einleuchtend, dass, wenn die zwölf namhaft gemachten Laryngologen zum mindesten 2400 Fälle operiert hatten, die Gesamtzahl der von allen übrigen Laryngologen der Welt im Laufe der letzten 27 Jahre intralaryngeal operierten Kehlkopfneubildungen auf eine ganz andere Summe herauskommen musste, als auf 600, zu welcher Höhe sie angenommen war! — Schon diese Minimalzahl genügte, um die Haltlosigkeit der aufgestellten Behauptungen zu demonstrieren. Nunmehr aber, wo die neu berichteten Fälle die Proportion zu verschieben schienen, wo das Publikum nach allen Richtungen hin systematisch irregeführt ward, wurde es notwendig, der Sache auf den Grund zu gehen, das Verhältnis genau zu ermitteln, hinsichtlich der berichteten Fälle eines angeblichen Ueberganges die Spreu vom Weizen zu sondern.

So entstand die Idee der Sammelforschung.

III. Die Sammelforschung, ihre Aufnahme, Einwendungen gegen dieselbe.

Die Januarnummer des Centralblatts von diesem Jahre brachte unseren Aufruf an die Laryngologen, sich an der Lösung der wichtigen Frage zu beteiligen. Der Nummer lag ein Fragebogen bei, der in mög-

lichst präziser Form die einschlägigen Fragen stellte[1]). Gleichzeitig wurden Aufruf und Fragebogen in deutscher, französischer oder englischer Sprache separat an sämtliche Laryngologen der Welt gesandt, deren Namen und Adressen dem Herausgeber bekannt waren.

Die Aufnahme des Vorschlags überstieg die Hoffnungen, welche auf ihn gesetzt waren. Wie unsere Leser bereits wissen, beteiligten sich einhundertundsieben Fachgenossen, unter ihnen fast alle bekannten Laryngologen aller Nationen, an der Forschung in der erbetenen Weise. Selbst diese Zahl entspricht nicht der Summe der erhaltenen Antworten. Nicht wenige Kehlkopfärzte bedauerten, sich nicht beteiligen zu können, weil sie über ihre Erfahrungen nicht Buch geführt hatten, andere, weil dringliche Arbeiten es ihnen zurzeit unmöglich machten, ihre sämtlichen Krankenjournale durchzusehen, wiederum andere berichteten über ihre Erfahrungen in allgemeiner Form, d. h. ohne sie durch Zahlenangaben zu belegen.

Es war leider nicht möglich, Berichte der letztgenannten Kategorie ohne weiteres für unsere Zwecke zu verwerten. So schätzenswert es an und für sich war, wenn manche Fachgenossen von anerkannter Erfahrung mitteilten, dass sie niemals eine Degeneration der in Frage stehenden Art gesehen hätten, so machte die Fragestellung der Sammelforschung eine ziffermässige Darstellung der Angaben der Beitragenden offenbar unerlässlich. Denn nicht um eine blosse Sammlung aller je beobachteter Fälle tatsächlicher oder anscheinender Degeneration handelte es sich, sondern — abgesehen von der enorm wichtigen Frage des kausalen Zusammenhanges — vor allen Dingen um die Bestätigung oder Widerlegung der Behauptung, dass solche Degenerationen „oft“ intralaryngealen Eingriffen folgten, und es liegt selbst für

---

1) Die Form des Fragebogens erhellt aus der weiterhin folgenden Tabelle. Für spätere Leser sei bemerkt, dass die wichtigste Kolumne: „Beschreibung etwaiger Fälle von Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen“ in der Tabelle nicht wieder abgedruckt ist, da die einschlägigen Fälle weiterhin in extenso mitgeteilt werden. Die in dieser Kolumne gestellten Fragen waren folgende:

Alter und Geschlecht des Patienten? — Lebensalter, in dem die Geschwulst zuerst auftrat? — Kurze Beschreibung des Kehlkopfbildes: — War die Diagnose der Gutartigkeit auf blosse Inspektion oder auf mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente gegründet? — Wie oft wurden solche Fragmente entfernt, resp. die mikroskopische Untersuchung vorgenommen? — Von wem wurde die mikroskopische Untersuchung angestellt? — Welches war die Operationsmethode? (Messer, Schlinge, Zange, Galvanokauter etc.). — Erfolgten zuerst anscheinend gutartige Recidive? Wie viele solcher? In welchen Zwischenräumen nach der Operation? — Befanden sich dieselben an der Stelle der ursprünglichen Neubildung oder wo sonst? — Welches war der Zwischenraum zwischen der letzten intralaryngealen Operation, resp. dem letzten gutartigen Recidiv und dem Auftreten der malignen Neubildung? — War die Diagnose der Malignität auf blosse laryngoskopische Inspektion resp. andere klinische Symptome, oder auf mikroskopische Untersuchung gegründet? — Wer hatte event. die mikroskopische Diagnose gemacht? — Sass die maligne Neubildung an der Stelle der ursprünglichen gutartigen oder wo sonst? — Verlauf des Falles? — Resultat der Autopsie (womöglich mit Resultat der mikroskopischen Untersuchung der Neubildung post mortem)?

den wenigst „Zahlengläubigen" auf der Hand, dass die Antwort auf diese bestimmte Frage nur an der Hand der Aufstellung einer bestimmten Proportion zwischen der Anzahl der beobachteten, wirklichen oder vermuteten Degenerationen und der Gesamtanzahl der von den Beitragenden vorgenommenen intralaryngealen Operationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste gegeben werden kann. Der Herausgeber unterbreitete diese Erwägung sämtlichen Kollegen, die ihre Erfahrungen ohne Zahlenangaben mitgeteilt hatten, und ersuchte sie — speziell diejenigen, die Fälle von Umwandlung mitgeteilt hatten — um ziffermässige Darstellung ihrer intralaryngealen Operationen. Sollte eine solche Darstellung nicht möglich sein, so bat er die betreffenden Herren, ihre einschlägigen Erfahrungen durch die Minimalzahl ihrer ihnen erinnerlichen intralaryngealen Operationen zu repräsentieren. Die Mehrzahl der betreffenden Kollegen leistete diesem Wunsche Folge, und so erklärt es sich, dass in der Tabelle die Erfahrungen einiger der bekanntesten Fachgenossen durch runde Zahlen repräsentiert sind. Einige wenige Laryngologen waren anscheinend nicht in der Lage, dem Wunsche des Herausgebers Folge zu leisten, und die Aufnahme ihrer Mitteilungen in die Tabelle verbot sich daher von selbst. Es sei aber ausdrücklich bemerkt, dass sich unter diesen nicht eine einzige befindet, in der ein Fall von Degeneration berichtet wird.

Dasselbe Motiv, welches die Angabe der Gesamtresultate der Beitragenden zur Conditio sine qua non machte, verbot konsequenter Weise die Aufnahme bereits publizierter Fälle von Degeneration, soweit denselben nicht die Gesamterfahrungen des betreffenden Autors zur Seite standen. Denn die Sammelforschung konnte nur dann auf wirklich entscheidende Stimme Anspruch machen, wenn der Gesamtzahl der in ihr vertretenen Fälle wirklicher oder anscheinender Degeneration die Gesamtzahl der von denselben Beobachtern vollzogenen intralaryngealen Operationen gegenüberstand. Nur so durfte man hoffen, die Frage zu entscheiden, ob diese Degenerationen häufig intralaryngealen Operationen folgten. Wurden aber einzelne veröffentlichte Fälle anscheinender Umwandlung aufgenommen, wie z. B. der oben erwähnte Sir Duncan Gibb's, ohne dass die Gesamtzahl der von diesem Laryngologen intralaryngeal operierten Kehlkopfpolypen in der entsprechenden Kolumne aufgeführt werden konnte, so verschob sich die Proportion sofort, und welcher Gebrauch voraussichtlicherweise hiervon gemacht werden würde, erhellte klar genug aus der Vorgeschichte der Sammelforschung. So mussten einzelne der veröffentlichten Fälle ausgeschlossen werden. Es sind dies indessen nur die möglicherweise hierher gehörigen Fälle von Gibb, Gussenbauer und Morell Mackenzie, und der Fall des letzteren, der von Mr. Browne als ein Beispiel von Umwandlung infolge intralaryngealer Eingriffe gedeutet wird, erfährt noch dazu, wie bereits erwähnt, von Sir Morell Mackenzie selbst die Auslegung einer spontanen Degeneration.

Gegenüber der fast allseitigen Zustimmung, welche der Plan der Sammelforschung fand, wurden einzelne Bedenken laut, die eine kurze Besprechung erfordern.

Der Zweifel, der von geschätzter Seite ausgedrückt wurde, ob die Frage überhaupt einer eingehenden Erörterung bedürfe, dürfte durch ihre in der Einleitung gegebene Geschichte genügend widerlegt sein.

Eine traurige Illustration der Realität der von uns geschilderten Gefahren lieferte ausserdem kurz nach dem Erscheinen unseres Aufrufs der Selbstmord eines hoffnungsvollen jungen irischen Journalisten, der, wie es sich nach seinem Tode herausstellte, an einer — anscheinend gutartigen — Kehlkopfneubildung leidend, durch die Lektüre pseudopopulärer Mitteilungen über Kehlkopfkrebs etc. zu diesem verzweifelten Schritte getrieben worden war.

Ein zweiter Einwand betraf die Möglichkeit, dass vielfach ein und derselbe Fall durch verschiedene Hände gegangen sein und daher in unserer Zusammenstellung wiederholt aufgezählt werden dürfte. Dieser Einwurf ist in der Tat nicht ganz von der Hand zu weisen, soweit die Gesamtzahl der beobachteten gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Gesamtzahl der vorgenommenen intralaryngealen Operationen und besonders die Gesamtzahl der beobachteten bösartigen Kehlkopfneubildungen in Frage kommt. Denn zweifelsohne gehen manchmal Patienten, die an gutartigen Kehlkopfgeschwülsten leiden, zumal wenn letztere recidivierender Natur sind, durch mehrere Hände, und bei bösartigen Neubildungen bringt es die Natur der Sache mit sich, dass die bedauernswerten Patienten oft an verschiedenen Stellen Hülfe suchen. Dies geschieht sicher häufig ohne Wissen des behandelnden Arztes, zu dem die Leidenden oft genug später zurückkehren, wenn sie von der Hoffnungslosigkeit ihres Falles durchdrungen sind. Natürlich aber wird der betreffende Fall von allen Aerzten, die ihn in der Zwischenzeit gesehen haben, als ein ihnen gehöriger gezählt, und nahmen mehrere der betreffenden Kollegen an der Sammelforschung Teil, so war es unvermeidlich, dass ein und derselbe Fall vielleicht 3—4 mal, wenn nicht noch öfter, gezählt wurde. Das ist eben eine von allen solchen Statistiken untrennbare Fehlerquelle und man wird gut tun, sich vor Augen zu halten, dass die Gesamtzahl der von den 107 Beitragenden beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste und vorgenommenen intralaryngealen Operationen vermutlich etwas, die der bösartigen Kehlkopfgeschwülste wahrscheinlich nicht unbeträchtlich geringer ist, als unsere Zahlen dies anzuzeigen scheinen.

Hinsichtlich des in dieser Beziehung wichtigsten Punktes aber: der Möglichkeit, dass auch Fälle wirklicher oder anscheinender Degeneration doppelt oder dreifach gezählt werden könnten, hat das Interesse, das sich naturgemäss an jeden dieser Fälle geknüpft hatte und die gewünschte und gewährte Genauigkeit der Antworten das notwendige Correctiv in vollstem Masse gewährleistet: wohl in allen Fällen, in welchen die betref-

fenden Kranken an verschiedenen Stellen Hülfe gesucht hatten, ist dies von unseren Korrespondenten spontan mit Angabe der Namen der betreffenden Kollegen erwähnt worden und unser Bericht wird zeigen, dass von den 32 Fällen wirklicher oder anscheinender Umwandlung, deren wir zu gedenken haben werden, in der Tat 7 durch verschiedene Hände gegangen sind. In dieser Beziehung also sind Irrtümer so gut wie ausgeschlossen.

Das letzte und gewichtigste Bedenken wurde von einem der verehrtesten Senioren der Laryngologie in den Worten ausgesprochen: „Man muss die Fälle wägen und nicht zählen.“ Angesichts der bestimmten Fragestellung der Sammelforschung möchten wir diesen Satz lieber so formulieren, dass man die Fälle nicht nur zählen — denn das ist, wie oben gezeigt, für unsere Zwecke unerlässlich — sondern auch wägen muss. In dieser Form würden wir dem Satze unbedingt beistimmen. Denn schon die Vorgeschichte der Frage hatte auf's Klarste gezeigt, dass strengste Kritik der anscheinend hierher gehörigen Fälle im Interesse der Sache selbst durchaus geboten sei und die Sammelforschung selbst hat dies aufs Neue bestätigt. Nicht dass eine grössere Anzahl unglaublicher Fälle eingeliefert worden wäre, wie dies von anderer Seite befürchtet worden ist[1]); die Majorität aller Fälle von anscheinender Umwandlung aber ist, der Natur der Sache nach, so vieldeutig, dass genaueste Erwägung aller einschlägigen Umstände unerlässlich ist, will man zu zuverlässigen Resultaten gelangen. Wenn der Herausgeber sich im Folgenden erlaubt, solchen Erwägungen bei der Schilderung der einzelnen Fälle Ausdruck zu verleihen, so gibt er sich der zuversichtlichen Hoffnung hin, dass die Kollegen, welche die Güte gehabt haben, die betreffenden Fälle einzusenden, in diesen Analysen nicht den Versuch einer unpassenden Kritik, sondern nur das redliche Bestreben sehen werden, in einer äusserst schwierigen Frage zu möglichst zuverlässigen Schlüssen zu gelangen.

Die Punkte, die bei der Analyse jedes einzelnen Falles in Betracht kommen, sind folgende:

1. Das laryngoskopische Bild.
2. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente.
3. Begleitende Umstände, hauptsächlich das Alter des Patienten und etwaige ungewöhnliche subjektive und objektive Symptome.

Hinsichtlich des erstgenannten Punktes ist eine etwas längere Abschweifung auf das Gebiet der Differentialdiagnose zwischen gutartigen und den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen an dieser Stelle unerlässlich.

---

1) An einzelnen solchen hat es freilich nicht gefehlt. — So wurde u. a. ein Fall eingesandt, in welchem bei a priori sehr verdächtigem Befunde Monate hindurch alle 14 Tage operiert, niemals eine mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente angestellt und dann, ganz kurze Zeit vor dem tödlichen Ende, plötzlich erklärt wurde, dass eine „Umwandlung“ stattgehabt habe! — Die wenigen derartigen Fälle sind von den Autoren selbst zurückgezogen worden, als die Notwendigkeit einer Kritik des eingesandten Materials betont wurde.

IV. Die laryngoskopische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Wie bereits im Leitartikel der Augustnummer dieses Jahres betont worden ist, wird in vielen selbst der besten Lehrbücher der Polymorphie der frühen Stadien des internen Kehlkopfkrebses nicht genügend Rechnung getragen. Namentlich erfahren die von den Stimmbändern ausgehenden Carcinome, die, wie weiterhin gezeigt werden wird, gerade für die Sammelforschung die grösste Wichtigkeit haben, kaum irgendwo eine eingehendere Besprechung. Die folgenden Zitate der Schilderungen einiger der gangbarsten laryngologischen Lehrbücher verschiedener Nationen werden die Berechtigung dieser Angaben zeigen[1]):

Türck[2]) gibt selbst zu wiederholten Malen an, dass die von ihm gesehenen Carcinomfälle sämtlich erst nach längerer Dauer des Leidens zur Beobachtung kamen, und gestattet sich kein anderes Urteil über das laryngoskopische Bild in früheren Perioden, als dass er sagt: „In frühen Stadien der Krankheit müssen selbstverständlich manche prägnante, später wahrzunehmende Erscheinungen wegfallen.“ (Als solche prägnante Erscheinungen bezeichnet er weiterhin „charakteristische schwammartige Wucherungen“ und „diffuse höckerige oder grobdrusige Knoten“.)

Stoerk[3]) sagt über die frühen laryngoskopischen Kennzeichen des internen Kehlkopfkrebses nur: „Die Symptome anlangend, sind dieselben im ersten Stadium, wo das Carcinom nicht mehr als eine stark gerötete Intumescenz darstellt, wenig erheblich“ . . . . .

Morell Mackenzie[4]) äussert sich folgendermassen über diesen Punkt: „Die laryngoskopischen Kennzeichen variieren je nach dem Stadium der Krankheit. Zuerst erscheint die Neubildung als einfache Schwellung mit unbestimmten Rändern und ohne irgend ein Kennzeichen aufzuweisen, welches ihre Natur deutlich verriete. Der Sitz der Geschwulst ist meistenteils eines der Taschenbänder, in einzelnen Fällen aber werden zuerst die Stimmbänder, die Epiglottis oder die ary-epiglottischen Ligamente ergriffen.“

„Tritt die Affektion in Form des Medullarcarcinoms auf, so erscheint sie in Gestalt von einzelnen, früh ulcerierenden Knoten. Sobald die Ulceration angefangen hat, beginnt eine Art von Sprossungsprozess, bei welchem, wie Fauvel sehr hübsch auseinandergesetzt hat, die Vege-

---

1) Selbstverständlich ist im Folgenden nur vom echten, internen, d. h. strikt auf das Kehlkopfinnere beschränkten Krebs die Rede! Bei Carcinomen, die von den Nachbarteilen (Zunge, Pharynx, Oesophagus, Schilddrüse etc.) auf den Kehlkopf übergreifen, wird von einer Verwechslung des Krebses mit gutartigen Geschwülsten kaum je die Rede sein können, von einer Verwechslung des Krebses der Epiglottis mit gutartigen Neubildungen dieses Teiles wohl nur in den allerseltensten Fällen.

2) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1866. S. 326, 329.

3) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs etc. 1880. S. 422.

4) Die Krankheiten des Halses und der Nase. 1880. Bd. I. Deutsche Ausgabe. S. 457, 459.

tationen von der ulcerierten Oberfläche aus aufschiessen und nicht die umgebende Schleimhaut ergreifen. Dieselbe bleibt vielmehr zuerst eine Zeit lang mehr oder minder intakt und wird erst später langsam durch die fortschreitende Ausbreitung des primären Geschwürs zerstört. — Andererseits entspringt bei der epitheliomatösen Form, sobald es zur Ulceration gekommen ist, eine Reihe von Vegetationen von den Rändern des Geschwürs, und diese neuen Formationen, welche wiederum selbst schnell geschwürig zerfallen, vergrössern rapid den ursprünglichen Substanzverlust. — Beim Scirrhus erscheint die Geschwulst im frühesten Stadium fast ganz so, wie eine gutartige Neubildung — etwa wie ein glattes Papillom oder Fibrom —, aber bald entzünden sich die Oberfläche der Geschwulst und die benachbarte Schleimhaut, und binnen kurzer Zeit mag eine Formveränderung des betreffenden Larynxteiles beobachtet werden können.“ . . . .

Derselbe Autor sagt über die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten nach dem laryngoskopischen Bilde (ibidem p. 419): „Es ist nicht immer leicht, zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes zu unterscheiden; in der Regel aber lassen sich die letzteren dadurch erkennen, dass sie mehr gleichmässig in das umgebende Gewebe übergehen und sehr häufig eine ulcerierte Oberfläche aufweisen.“ . . . .

Fauvel[1]) drückt sich folgendermassen aus: „Das Encephaloid präsentiert sich anfangs in Form eines wenig voluminösen Tumors, der keine Ansicht darüber aufkommen lässt, was später aus ihm werden wird. Dieser Tumor ist schlecht begrenzt, von roter oder dunkelblauer, glatter Schleimhaut bedeckt. Es ist zu dieser Periode unmöglich, ihn vom Epitheliom zu unterscheiden.“

„Der Fortschritt dieser Geschwulst ist rapid und ihre Erscheinung ändert sich bald. Sie nimmt eine weisslich-rötliche Farbe an, während ihre Oberfläche uneben und höckerig wird und ekchymotische Stellen aufweist. Ihr Aussehen wird das eines Champignon, sie bildet sich genau nach den benachbarten Partien und endet damit, den Kehlkopf vollständig zu obstruieren. Ehe sie indessen ein so grosses Volumen erreicht hat, beginnt sie gewöhnlich zu ulcerieren.“ . . . .

„Das Epitheliom, dessen Verlauf ein etwas langsamerer ist, präsentiert sich bisweilen unter einem ganz anderen Bilde, wenigstens in seiner zweiten Periode. . . . . Wir haben gesehen, dass man es, wie das Encephaloid, in Gestalt eines Tumors findet, dessen Natur schwer erkennbar ist.“

„Dieser Tumor hat eine breite Basis, eine unregelmässige Oberfläche und ähnelt sehr einem Papillom. Allmählich schreitet die Geschwulst weiter, ohne das Aussehen massenhafter Vegetationen anzunehmen, wie es für die vorher geschilderte Form charakteristisch ist. Man könnte

---

1) Traité pratique des maladies du larynx. 1876. p. 689, 704, 711.

vielmehr sagen, dass die verschiedenen befallenen Teile sich mit kleinen papillären Vegetationen bedecken. Bald exulcerieren die affizierten Partien und sind dann immerwährend mit Eiter und Schleim bedeckt."

Weiterhin (ibidem p. 704) kommt der Autor noch einmal auf denselben Gegenstand in folgender Form zurück: „Anfänglich sind die Charaktere der krebsigen Affektion nicht genügend ausgesprochen, um die Diagnose klar zu stellen. Die Schwierigkeit ist um so grösser, als Allgemeinsymptome vollständig fehlen."

„Es ist eine einfache Hyperämie, eine Kongestion, eine leichte Hypertrophie der befallenen Region, welche die Scene eröffnen. In einem Worte: man kann hierin die Zeichen irgend einer beginnenden katarrhalischen, tuberkulösen oder syphilitischen Affektion sehen. Später und langsam bildet sich eine Geschwulst, welche stets denselben Anblick gewährt, ob sie epithelialer oder encephaloider Natur sei: ihre Oberfläche ist düsterrot, braun, anfänglich glatt, ihre Basis sehr gross, ihr Wachstum allmählich."

„Die umgebende Schleimhaut beginnt nunmehr ein weinrotes Aussehen anzunehmen, das sie bis in die letzten Stadien der Affektion, d. h. bis zur Periode der Kachexie behält, wo sie blass, blutlos und bisweilen ödematös wird."

„Sobald die Geschwulst ein mehr oder weniger beträchtliches Volumen erreicht hat, beginnt sie zu ulcerieren." . . . . .

Der Autor bespricht sodann die späteren Stadien und gedenkt der papillären Vegetationen im Gebiete des zerfallenden Krebses, welche bereits in dem Zitate aus dem Mackenzie'schen Werke erwähnt worden sind.

Ueber die Differentialdiagnose zwischen dem Krebs und gutartigen Neubildungen sagt er (ibidem p. 711): „Es ist fast unmöglich, einen Polypen mit einer krebsigen Geschwulst zu verwechseln. Die Polypen, welche wir gesehen haben, sassen mit sehr geringen Ausnahmen, den wahren Stimmbändern auf, und wir haben nur einen einzigen Krebs von dieser Partie des Kehlkopfs seinen Ausgang nehmen sehen[1])."

„Ein Irrtum wäre nur in gewissen Fällen von Sarkom verzeihlich."

„Indessen können einige Papillome für Epithelialcarcinome des Kehlkopfes gehalten werden. Wir sprechen hier von jenen papillären Wucherungen, welche die Stimm- und Taschenbänder in ihrer ganzen Ausdehnung befallen haben. Diese Fälle sind selten; ausserdem findet man Papillome ebenso gut auf den Stimmbändern wie auf den Taschenbändern. Beide Seiten des Kehlkopfes sind von ihnen bedeckt, der aphonische Kranke hat keine Schlingbeschwerden, keine lanzinierenden Schmerzen, keine Lymphdrüsenvergrösserung und weist schliesslich nicht die allgemeinen Symptome eines bösartigen Leidens auf."

---

1) Prof. Fauvel's Angaben gründen sich auf die Beobachtung von 37 Carcinomen des Kehlkopfs. Dass unter 37 Fällen nur einmal die Stimmbänder den Ausgangspunkt des Krebses bildeten, ist sehr bemerkenswert.

„Vom rein laryngoskopischen Standpunkte aus können Papillome nicht für einen Epithelialtumor genommen werden, ausser wenn sie von Schleim bedeckt sind, der ihre wahre Färbung, ihr wahres Ansehen dem Blicke entzieht."

„Eine Einatmung, nötigenfalls eine Reinigung des Kehlkopfes mit einem in lauwarmes Wasser getauchten Pinsel werden genügen, alle Zweifel zu heben."

J. Solis Cohen[1]) sagt über die frühen Stadien des Epithelioms folgendes: „Obwohl häufiger circumscript als der Medullarkrebs, ist es gewöhnlich diffus, und erscheint anfänglich als eine kleine kugelige Tumefaktion von normaler Färbung, und später als eine blasse, runzlige oder mehr weniger knotige Masse. In einigen Fällen ist es geneigt, sich mit kleinen papillomatösen Auswüchsen zu bedecken, welche ihm ein charakteristisches Aussehen verleihen." (Es folgt dann der in dem historischen Abschnitt zitierte Satz über den Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige.)

Ueber das Kehlkopfbild in den frühen Stadien des Medullarcarcinoms sagt der Autor: „Wenn gross genug, um Funktionsstörungen zu veranlassen" (der Beginn spielt sich nach seiner Schilderung im submukösen Bindegewebe oder im Knorpelgerüst des Kehlkopfes ab, und die Neubildung wird erst nach Degeneration der bedeckenden Schleimhaut sichtbar), „so erscheint es zuerst als eine blasse. sessile, kuglige, etwas unregelmässige Masse, die sich sodann an ihrer Oberfläche in einige wenige grössere Knoten oder in eine Anzahl kleiner Knötchen spaltet und schliesslich ein blumenkohlähnliches Gewächs darstellen mag. Zu dieser Zeit ist es gewöhnlich von weicher Konsistenz, käsigem Aussehen und grauroter Farbe. Bisweilen ist es in der Peripherie wohlumschrieben und selbst gestielt. Es fällt bald geschwürigem Zerfall anheim und blutet dann leicht bei geringfügigen Veranlassungen." . . . .

Hinsichtlich der Diagnose gibt der Autor (ibidem p. 583) folgendes an: „Die Diagnose ist anfänglich obskur, obwohl in einigen Fällen das Alter des Patienten und der Mangel direkten Nachweises anderer krankhafter Erscheinungen lokaler oder konstitutioneller Natur Verdacht hinsichtlich der wahren Natur des Leidens erwecken mögen. Die früheren Phänomene sind solche mässiger katarrhalischer Entzündung und späterer circumscripter Hypertrophie der Schleimhaut. Nach einiger Zeit sieht man einen mehr weniger regelmässigen und nicht wohl umschriebenen Tumor unterhalb der Schleimhaut ohne bedeutendere Alteration in der Farbe derselben und mit wenigen oder gänzlich mangelnden Zeichen von Entzündung um ihn herum. Wiederum später wird die Schleimhaut knotig, dunkel, bisweilen unregelmässig vaskulär und schliesslich ulceriert sie an einer oder mehreren Stellen." . . . . .

Eine Schilderung der laryngoskopischen Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen findet sich in dem Cohen'schen

1) Diseases of the Throat etc. Zweite Aufl. 1879. p. 581 ff.

Werke nicht und die Angaben des Autors in der Ashhurst'schen Encyklopädie (s. o.) über die hier in Rede stehenden Punkte unterscheiden sich nicht wesentlich von der zitierten Darstellung.

Gottstein äussert sich folgendermassen: „Die laryngoskopische Untersuchung ergibt mannigfaltige und nicht immer charakteristische Bilder. Im Anfangsstadium, das man übrigens selten zur Beobachtung bekommt, sieht man je nach dem Sitz der Erkrankung am Stimmband, Taschenband, Epiglottis usw. eine diffuse Anschwellung, die durch nichts ihre bösartige Natur zu erkennen gibt; besonders der Scirrhus und das Sarkom unterscheiden sich im frühen Stadium nur wenig von einer gutartigen Neubildung, einem Fibrom oder Papillom. Charakteristischer ist schon das Bild, wenn das Neoplasma in Form von Knoten auftritt, wie das Medullarcarcinom" . . . . Gottstein bespricht dann das ulcerative Stadium und sagt folgendes über die laryngoskopische Diagnose: „Die Schilderung, die wir von den Symptomen der malignen Larynxtumoren gegeben haben, lässt schon die Schwierigkeiten erkennen, die sie diagnostisch in vielen Fällen darbieten. In frühen Fällen lässt oft selbst die laryngoskopische Untersuchung zweifelhaft, ob man es mit einer gutartigen oder bösartigen Neubildung, ob mit einer syphilitischen, tuberkulösen oder carcinomatösen Infiltration zu tun hat".

Die vorstehenden Zitate genügen, um zu illustrieren, was wir für unseren Zweck hier im Auge haben. So trefflich und graphisch die Schilderungen sind, welche in den genannten Werken von der allmählichen Entwicklung des typischen, internen Kehlkopfs gegeben werden, so ermangeln dieselben, unserer Ansicht nach, sämtlich einer gewissen Vollständigkeit in bezug auf seltenere Erscheinungsformen des Leidens in den frühesten Stadien. Der allgemeine Eindruck, den die Lektüre der obigen Zitate im Geiste des Lesers hinterlassen wird, ist wohl unstreitig der, dass der Kehlkopfkrebs in seinen ersten Stadien sich als eine „diffuse knotige Geschwulst" präsentiert. Das ist ja auch gewiss richtig. Mehrere der zitierten Autoren aber erwähnen überhaupt keiner anderen Erscheinungsform, andere lassen nur für den Scirrhus (die bei weitem seltenste Form des Kehlkopfkrebses) zu, dass er in seinen frühesten Stadien mit einem Papillom verwechselt werden könnte, wieder andere erwähnen wohl beiläufig der Möglichkeit einer Verwechslung auch anderer Krebsformen und des Sarkoms mit gutartigen Neubildungen, ohne indessen genauer auf diesen wichtigen Punkt einzugehen.

Was aber, wie schon erwähnt, am meisten in allen diesen Schilderungen auffällt, ist ihr gänzliches Schweigen über diejenige spezielle Form des internen Kehlkopfkrebses, welche eine eingehendere Schilderung durchaus verdient: wir sprechen von dem am wahren Stimmbande beginnenden Carcinom! Dass das Stimmbandcarcinom in gewissen Beziehungen die wichtigste Form der internen Kehlkopfkrebse repräsentiert, ist leicht zu erweisen: es ist nicht nur — wie gleich gezeigt werden

wird — diejenige Form, welche am leichtesten und öftesten zu Verwechselungen mit gutartigen Neubildungen Veranlassung gibt, sondern es dürfte infolge eines stets vorhandenen und dem Patienten sich bald bemerklich machenden Symptoms, der Heiserkeit, durchschnittlich früher zur Beobachtung kommen, als die meisten der an anderen Teilen (Taschenbändern, unterer Teil der hinteren Kehlkopfwand, Cavum subglotticum) beginnenden Carcinome, und es sind endlich gerade bei diesen Formen infolge des eben genannten Umstandes und auch der anatomischen Verhältnisse von rechtzeitiger Diagnose und rechtzeitiger gründlicher Entfernung der bösartigen Neubildung mit einer genügenden Zone der um- und unterliegenden gesunden Gewebe die verhältnismässig besten Resultate zu erwarten.

Dass unter diesen Umständen in den genannten repräsentativen Lehrbüchern von den einzelnen Formen des Stimmbandcarcinoms nicht besonders die Rede ist, ist nicht leicht erklärlich. Es mag sein, dass einige der Verfasser nur solche Stimmbandkrebse in ihren früheren Stadien gesehen haben, welche auch an diesem Teile unter dem Bilde einer einfachen Hyperämie, einer leichten Hypertrophie, einer diffusen oder knotigen Schwellung in die Erscheinung traten. Und dass diese Erscheinungsform auch am Stimmbande nicht nur vorkommt, sondern möglicherweise die häufigere ist, soll gewiss nicht bestritten werden.

Eine wahrscheinlichere Erklärung des Schweigens über diese Frage aber ist unserer Ansicht nach darin zu finden, dass die z. B. von Fauvel vorausgesetzte äusserste Seltenheit des am Stimmbande beginnenden Carcinoms es einzelnen der zitierten Autoren es hätte überflüssig erscheinen lassen, auf diese spezielle Form näher einzugehen.

Und an diesen Punkt müssen wir anknüpfen.

Den persönlichen Erfahrungen des Herausgebers zufolge besteht nämlich die vermutete Seltenheit des Stimmbandcarcinoms in Wirklichkeit nicht. Unter seinen 56 Fällen eigentlichen Kehlkopfcarcinoms (vgl. weiterhin die Tabelle, No. 93) liess sich allerdings nur bei 25 der Ausgangspunkt mit voller oder annähernder Sicherheit feststellen; derselbe war aber in nicht weniger als 40 pCt. dieser 25 Fälle, nämlich in 10, eines der wahren Stimmbänder.

Nun wäre es natürlich möglich, dass diese Erfahrung eine zufällige, exzeptionelle wäre, und nicht das wahre Verhältnis der Häufigkeit der Stimmbandcarcinome zu Krebsen, die von anderen Teilen des Kehlkopfs ausgehen, repräsentierte. In der Tat kontrastieren die Beobachtungen des Herausgebers so merkwürdig mit denen Fauvel's, wie aus dem folgenden Vergleich hervorgeht, dass sich aus diesen Gegensätzen offenbar nur die Lehre ziehen lässt, dass die Erfahrung einzelner Beobachter, selbst wenn ihr Material ein grosses ist, nicht ausreicht, um hinsichtlich der Frage der relativen Häufigkeit des Ausgangspunktes des internen Kehlkopfkrebses zu allgemeingültigen Schlüssen zu gelangen:

Fauvel[1]). 37 Fälle.		Semon. 56 Fälle.	
Ausgangspunkt:		Ausgangspunkt:	
Taschenbänder	21 mal	Taschenbänder	2 mal
Stimmbänder	1 „	Stimmbänder	10 „
Arytaenoidgegend	1 „	Hintere Kehlkopfwand . .	4 „
Epiglottis	1 „	Epiglottis	5 „
Nicht mit Sicherheit zu bestimmen	13 „	Morgagni'scher Ventrikel . .	2 „
	37 mal	Ligam. arytaeno-epiglotticum	2 „
		Nicht mit Sicherheit zu bestimmen	31 „
			56 mal

Es dürfte angesichts dieser Differenzen schon vom abstrakten, rein wissenschaftlichen Standpunkte aus wünschenswert sein, weitere Beiträge zu dieser Frage zu erhalten.

Aber die Frage ist nicht nur eine akademische. Sie ist vielmehr von fundamentaler Wichtigkeit für die uns hier beschäftigende Untersuchung. Denn aus der Analyse der Sammelforschung geht die hochinteressante Tatsache hervor, dass in der grösseren Hälfte der 32 operativen Fälle, in welchen es sich darum handelt, ob eine wirkliche Umwandlung oder ein diagnostischer Irrtum vorliegt, die zweifelhafte Neubildung von einem der Stimmbänder entsprang! Und selbst diese bedeutungsvolle Proportion ist sicherlich viel zu klein, denn einerseits sind unter den 17 diejenigen Fälle nicht mitgezählt, in denen die Neubildung zwar auch einem Stimmband, gleichzeitig aber auch anderen Kehlkopfteilen aufsass; andererseits ist bei einer beträchtlichen Zahl der übrigbleibenden Fälle der Sitz des Neoplasmas überhaupt nicht angegeben. Es liegt daher auch in diesen Fällen noch immer die Möglichkeit, wenn nicht die Wahrscheinlichkeit vor, dass die Neubildung ihren Ursprung von einem der Stimmbänder nahm!

Ziffermässig dargestellt verteilen sich die 32 in Rede stehenden Fälle, wie folgt:

a) Ursprung der Neubildung von einem oder beiden Stimmbändern in 17 Fällen (Fälle von Bayer, Beschorner-Prinz, Beschorner-Tornwaldt, Boecker, v. Bruns-Paul Bruns-Boecker, J. Solis Cohen, Gurowitsch, Fano, Fauvel, Labus, Mahl-Schnitzler, Mahl-Stoerk-Thost, Michel, Navratil-Morelli, Prinz, Schnitzler, Seeligmann);

b) Ursprung der Neubildung von einem Taschenband in zwei Fällen (Fälle von Baumgarten und Tauber):

c) Ursprung der Neubildung von einem Morgagni'schen Ventrikel in einem Falle (Fall von v. Schroetter);

1) l. c. p. 693.

d) Ursprung der Neubildung nicht definitiv zu ermitteln, resp. multipel, in 12 Fällen (Fälle von Aschenbrandt-Seifert, Beschorner, J. Solis Cohen [3], Fauvel, Glasgow, Newman [3], Wagner, Whistler-Whipham).

Was die 12 Fälle anscheinender spontaner Degeneration anbelangt, von denen wir zu berichten haben werden, so stellt sich das Verhältnis der Stimmbandneoplasmen zu den von anderen Teilen des Kehlkopfs entspringenden Neubildungen folgendermassen:

a) In 6 dieser 12 Fälle war der Ausgangspunkt nicht mit Sicherheit zu bestimmen (Fälle von Chiari, Fano, Garel, Stoerk [2], Tauber);
b) in 2 Fällen ging die Neubildung von der Epiglottis aus (Fälle von Bayer und Newman);
c) in 4 Fällen entsprang der Tumor von einem Stimmbande (Fälle von Lublinski, Navratil, Sommerbrodt, Clinton Wagner).

In dieser Kategorie also stellt sich, soweit sich Bestimmtes ermitteln lässt, das Verhältnis der Stimmbandneubildungen zu den von anderen Abschnitten des Kehlkopfs ausgehenden gar wie 4 : 2!

Wo die Zahlen so beredt sprechen, sind weitere theoretische Betrachtungen über die spezielle Wichtigkeit des Stimmbandcarcinoms überflüssig. Nachdem die Kollektiverfahrung der engeren Fachgenossen gezeigt hat, dass keine Form des Kehlkopfkrebses auch nur annähernd so häufig zu Zweifeln über die gutartige oder bösartige Natur der Neubildung — eine Lebensfrage für den Kranken! — führt, als die vom Stimmbande ausgehende, wird es selbstverständlich ein Gegenstand von höchster Wichtigkeit, alle diejenigen, wenn auch anscheinend noch so geringfügigen Anhaltspunkte zu studieren und zu sammeln, welche uns eine frühzeitige Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Stimmbandneubildungen ermöglichen, oder uns wenigstens in derselben unterstützen können.

Dass dies in den bekanntesten grösseren Lehrbüchern bisher nicht in ausreichendem Masse geschehen ist, dürften die Zitate aus denselben gezeigt haben. Die Sammelforschung selbst hat verhältnismässig wenig zu unserer Kenntnis seltenerer Formen unzweifelhaft primärer Stimmbandcarcinome beigetragen. Denn es ist natürlich unstatthaft, diejenigen berichteten Fälle anscheinender Umwandlung, die nach des Herausgebers Meinung von vornherein bösartig waren, an dieser Stelle als Illustrationen solcher seltenerer Formen des primären Stimmbandcarcinoms aufzuführen. Und die gelegentlichen Bemerkungen einiger der Teilnehmer in bezug auf das von ihnen beobachtete Auftreten bösartiger Neubildungen unter dem Bilde gutartiger sind leider zu allgemein und meistens in zu grosser Kürze gehalten, als dass sie hier wirklich belehrend wirken können. Auch beziehen sich dieselben nur zum Teile auf Stimmbandcarcinome. Nichtsdestoweniger mögen dieselben hier eine Stelle finden, einmal der

Vollständigkeit wegen, zum andern, um die noch immer nicht genügend bekannte, allgemeine Tatsache zu illustrieren, dass nach den Erfahrungen einer Reihe kompetenter Beobachter bösartige Geschwülste im Kehlkopfe durchaus unter dem Bilde gutartiger Neubildungen auftreten können! —

Die hier folgenden Bemerkungen sind teilweise den ausgefüllten Fragebogen, teilweise Begleitbriefen an den Herausgeber entnommen:

Bayer (Brüssel) schreibt, dass er 17 Fälle primär bösartiger Kehlkopfgeschwülste gesehen habe, „darunter 5, bei welchen das makroskopische Aussehen und der laryngoskopische Befund Papillome diagnostizieren liess und nur die mikroskopische Untersuchung Epithelioma ergab, was sich auch durch den Verlauf bestätigte. Der Ausgang war dabei immer von den Stimmbändern, in einem 6. Falle vom Arytaenoidknorpel . . . .“

Beschorner (Dresden) spricht den Glauben aus, dass unter den anscheinenden Fällen von Degeneration sich u. a. solche befänden, „bei denen das Carcinom, wie dies gar nicht so selten der Fall, makroskopisch täuschend einem Papillom ähnlich sah“ . . . .

Butlin (London) schreibt: „Ich behandle gegenwärtig eine Frau, bei der ich wegen Epithelioms eine partielle Kehlkopfresektion gemacht habe. Vor der Radikaloperation entfernte ich mehrere Monate hindurch von Zeit zu Zeit Geschwulstfragmente, die makroskopisch einfachen Papillomen glichen, von der vorderen Kommissur der Stimmbänder. Die zuerst entfernten Fragmente wurden mikroskopisch untersucht und zeigten die Struktur des Epithelioms. Nichtsdestoweniger war das allgemeine Aussehen der Geschwulst derart, dass ich mich nicht eher zu der Ansicht entschliessen konnte, dass ein bösartiges Leiden vorliege, als bis wiederholte und schnelle Recidive mich zur Kehlkopfspaltung und gründlichen Untersuchung des Leidens veranlasst hatten.“

Hopmann (Köln) erwähnt „papillärer Epitheliome“. Die betreffenden Bemerkungen gehören indessen mehr in den nächsten Abschnitt (Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung) und werden dort ausführlicher zitiert werden.

Der hochwichtige Fall Krieg's (Stuttgart), in welchem eine Mischform von Papillom und Carcinom unter dem laryngoskopischen und anscheinend auch mikroskopischen Bilde eines Papilloms auftrat, wird ebenfalls in dem betreffenden Abschnitte ausführlich mitgeteilt werden.

Massei (Neapel) sagt: „Vom pathologischen Standpunkt aus kann ich diese Möglichkeit (nämlich den spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige) nicht in Abrede stellen, um so weniger, als in der Nase sehr eklatante Fälle der Art vorkommen; was aber den Kehlkopf anbetrifft, so bin ich überzeugt, dass sowohl Kliniker wie Mikroskopiker sich anfänglich hinsichtlich der Natur der Neubildung täuschen können, und ich betrachte von Anfang an gewisse Geschwülste als Epitheliome, die man früher als Papillome diagnostiziert hat. Es

handelt sich also, meiner Ansicht nach, nicht um eine Umwandlung, sondern um eine praktische Schwierigkeit."

Michael (Hamburg) beschreibt in Kürze zwei Fälle, in deren erstem die Neubildung von ihm und B. Fränkel anfänglich für ein Fibrom gehalten wurde, während der weitere schnelle Verlauf ihre carcinomatöse Natur erwies. Im zweiten sahen er und Bülau multiple Geschwülste im Kehlkopf einer Frau anfänglich für Papillome an. Auch in diesem Falle stellte sich bald die bösartige Natur des Leidens heraus. Michael bemerkt hierzu: „Diese beiden Fälle könnten als Transformation aufgefasst werden. Ebensowohl möglich und für mich wahrscheinlicher ist es bei dem kurzen Verlauf, dass es sich sogleich um maligne Tumoren gehandelt hat, die vollständig das Ansehen benigner darboten."

Orwin (London) antwortet auf die Hauptfrage der Sammelforschung (Transformation gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Eingriffen): „Diese Frage ist sehr schwer zu beantworten. Ich habe mehrere Fälle gesehen, welche anfänglich so aussahen, als ob sie gutartiger Natur wären, die sich aber schliesslich zu bösartigen Geschwülsten entwickelten."

Die eben zitierten Aeusserungen lassen sich, wie schon erwähnt, dahin summieren, dass nach den Erfahrungen einer Anzahl zuverlässiger Beobachter in einer Reihe von Fällen bösartiger Kehlkopfneubildungen, zumal von den Stimmbändern ausgehende, im Beginn des Leidens gutartigen, und zwar gewöhnlich Papillomen, täuschend ähnlich sehen, und die einzigen differentialdiagnostischen Anhaltspunkte, deren von einigen der betreffenden Autoren beiläufig gedacht wird, wären etwa in dem schnellen Verlauf und der rapiden Wiederholung von Recidiven nach vorgenommener Entfernung zu finden.

Es ist nach alledem zweifelsohne hier eine Lücke in unserem Wissen vorhanden, welche die frühzeitige laryngoskopische Differentialdiagnose bösartiger Kehlkopfneubildungen, die unter dem Bilde gutartiger erscheinen, von letzteren betrifft, und deren baldmöglichste Ausfüllung angesichts der Wichtigkeit der Frage dringend wünschenswert erscheint.

Diese Wichtigkeit veranlasst den Herausgeber, trotz eines sich ihm aufdrängenden Bedenkens an dieser Stelle, seine eigenen einschlägigen Erfahrungen ausführlich zu berichten. Dies Bedenken bezieht sich darauf, dass seinem Gefühl nach in einem Unternehmen, in welchem er sich nur als den Mandatar einer Anzahl seiner Fachgenossen betrachtet, seine eigenen Erfahrungen nur eine sehr bescheidene Rolle spielen sollten. Da aber genügende Mitteilungen von anderer Seite nicht gegeben worden sind, und der Zufall ihm im Laufe seiner etwa 14 jährigen spezialistischen Tätigkeit eine anscheinend ausnahmsweise grosse Reihe dieser Formen vor Augen geführt hat, in denen er die Gelegenheit hatte, ihre Entwickelung fast vom Beginn des Leidens bis zum Ende oder doch jedenfalls längere Zeit genau zu verfolgen, so erscheint eine zusammenfassende Schilderung der Merkmale, die sich ihm für die Differentialdiagnose als

wertvoll erwiesen haben, an dieser Stelle um so mehr geboten, als eine solche den Standpunkt erklären wird, den er gegenüber den Berichten anscheinender Umwandlungen einnimmt. Und diesem Gesichtspunkt gegenüber müssen alle persönlichen Bedenken seiner Ansicht nach zurücktreten. Sache der Fachgenossen wird es sein, die betreffenden Merkmale auf ihren Wert hin zu prüfen und eventuell zu vervollständigen.

Es wird im Folgenden nur von denjenigen Formen die Rede sein, in welchen der Stimmbandkrebs in Form eines wohlumschriebenen Tumors auftrat. Diejenigen Formen, in denen sich der ganze Prozess in Gestalt einer, ursprünglich submukösen Infiltration präsentiert, in welche allmählich alle charakteristischen Teile des Kehlkopfs eingeschmolzen werden, bis die ganze betreffende Kehlkopfhälfte den Anblick eines diffusen Tumors gewährt, unterliegen wohl kaum je der Gefahr einer Verwechslung mit gutartigen Geschwülsten. Ebensowenig ist eine solche Gefahr bei den sich anfänglich in Form einer diffusen Hyperämie darstellenden Stimmbandkrebsen vorhanden. Gegen die Verwechslung solcher mit chronischer Laryngitis schützt in erster Stelle die Einseitigkeit der Hyperämie, welche den erfahrenen Laryngologen von vornherein an die Wahrscheinlichkeit eines schwereren Grundleidens (Carcinom, Tuberkulose, Syphilis usw.) mahnen wird, zweitens die sich nach einiger Zeit hinzugesellende Trägheit in den Bewegungen des kranken Stimmbandes. Natürlich müssen begleitende Umstände: das Alter des Patienten, etwaige abnorme Sensationen, Schmerz, Empfindlichkeit auf Druck auf die betreffende Kehlkopfhälfte usw. in gebührende Erwägung gezogen werden.

Die in bestimmter Tumorform auftretenden bösartigen Stimmbandneubildungen präsentieren sich, nach den Erfahrungen des Herausgebers, am häufigsten unter dem Bilde einer, bisweilen wenig gestielten, weit häufiger breitbasigen halbkugeligen oder oblongen Warze. Der Sitz derselben kann irgend eine Stelle des Stimmbandes sein. Der Herausgeber hat sie im vorderen, mittleren und hinteren Drittel des Stimmbandes gesehen. Sehr verdächtig ist es von vornherein, wenn bei einem älteren (über 50 jährigen) Patienten eine solche Warze dem hinteren Drittel des Stimmbandes aufsitzt. Die Farbe dieser Warzen variiert von weiss zu einem gewöhnlich schmutzigen weisslich- oder rötlich-grau. Letztere Färbung ist die häufigere, doch war in einem Falle die Färbung eine blendend weisse. Die Oberfläche dieser Warzen erscheint in seltenen Fällen anfänglich ganz glatt, so dass die Geschwulst, besonders wenn rötlich gefärbt, mit einem beginnenden breitbasigen Fibrom die grösste Aehnlichkeit hat; viel häufiger ganz fein gekörnt, wie eine gewöhnliche Hautwarze; in noch anderen Fällen sehr fein verästelt, so dass die Erscheinung von einem beginnenden Papillom kaum zu unterscheiden ist. Die Grösse dieser Warzen ist ebenfalls variabel: von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse. Grössere Tumoren, ohne dass sich die Natur der Neubildungen in der Zwischenzeit durch

andere Symptome (Ulceration) erklärt hätte, hat der Herausgeber nicht gesehen, doch soll die Möglichkeit ihres Vorkommens natürlich nicht bestritten werden. Als besonders wichtig muss hervorgehoben werden, dass das Wachstum dieser Warzen in den initialen Stadien ein verhältnismässig ungemein langsames sein kann — natürlich nicht sein muss! Der Herausgeber hat über zwei Fälle genau Buch geführt, in denen sich nach 2—3 Monate langer Beobachtung kaum irgend ein Unterschied von der ursprünglichen, durch schematische Zeichnung festgestellten Grösse der Neubildung wahrnehmen liess. In anderen Fällen vollzog sich allerdings sowohl die Wachstumzunahme, wie die folgende Periode oberflächlicher Ulceration in weit schnellerem Tempo. — Soweit seine Beobachtungen reichen, möchte er es als fast charakteristisch für diese Krebse bezeichnen, dass sie zu irgend einer Periode ihres Bestehens ein verhältnissmässig grösseres Mass von Heiserkeit, resp. Aphonie, verursachen, als entsprechend grosse, ebenso situierte Neubildungen gutartiger Natur, und dies wäre ungezwungen durch die bereits bestehende, wenn auch noch nicht in die Erscheinung tretende Infiltration des Mutterbodens zu erklären. Doch scheinen auch Ausnahmen vorzukommen, ferner handelt es sich natürlich bei Angaben dieser Art nur um subjektive Eindrücke, und die Bestätigung derselben muss der Prüfung anderer Beobachter vorbehalten bleiben.

Bekommt man nun Fälle dieser Art in der, so zu sagen, frühesten Periode zu Gesicht — und nach den Erfahrungen des Herausgebers führt, wie schon erwähnt, die eben besprochene Heiserkeit gerade Patienten, die an diesen Formen des Krebses leiden, verhältnismässig recht früh zum Kehlkopfarzt — so ist es in der Tat oft unmöglich, die Diagnose mit Bestimmtheit zu stellen. Das Alter mancher Patienten, und in einem Teil der Sitz der Neubildung mögen und sollten wohl den Laryngologen an die Möglichkeit der Bösartigkeit erinnern. Weiter aber kann und darf man, vom laryngoskopischen Standpunkte allein aus, in dieser Periode nicht gehen.

Nach einiger Zeit aber — in manchen Fällen sehr früh, in anderen freilich erst später — gesellen sich zu den bestehenden Zeichen zwei Symptome, welche jedenfalls den Verdacht der Bösartigkeit erwecken müssen: umschriebene Kongestion in der Nachbarschaft der kleinen Geschwulst und zunehmende Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes, dem sie aufsitzt.

Während nämlich im Anfange des Prozesses die Nachbarschaft der Neubildung durchaus keine Zeichen von Irritation, Entzündung, Infiltration etc. aufzuzeigen braucht, findet man etwas später eine unregelmässige, schmutzige, matte, verwaschene Rötung, die nicht etwa nach allen Richtungen gleichmässig entwickelt sein muss, in der Peripherie der Geschwulst. Am charakteristischsten ist diese Kongestion, wenn die Neubildung etwa der Mitte des Stimmbandes aufsitzt. In solchen Fällen kann, wie sein erster, genau beobachteter, einschlägiger Fall den

Herausgeber lehrte, das affizierte Stimmband in seinem vorderen und hinteren Drittel glänzend weiss erscheinen, während das mittlere Drittel von der beschriebenen Rötung eingenommen ist. Noch braucht von einer Infiltration und Schwellung der betreffenden Partie nichts sichtbar zu sein, aber schon diese Rötung macht, nach des Herausgebers mehrfachen Erfahrungen, die Natur des Grundleidens sehr verdächtig.

Gewöhnlich um dieselbe Zeit, manchmal später, beginnt eine gewisse Trägheit in den Bewegungen des kranken Stimmbandes sich zu manifestieren. Noch vollführt dasselbe sowohl die Phonations- wie die Inspirationsexkursionen; bei aufmerksamer Beobachtung wird es aber bereits klar, dass seine Bewegungen nicht mit derselben Promptheit sich vollziehen, wie die des Stimmbandes der anderen Seite. Diese Schwerbeweglichkeit, welche ebenso wie die Rötung der Umgebung der Geschwulst, einen stetig, wenn auch langsam fortschreitenden Charakter trägt, möchte der Herausgeber als das wichtigste Moment der Differentialdiagnose zwischen einer bösartigen Kehlkopfneubildung in diesem Stadium und einer gutartigen (u. a. der Virchow'schen Pachydermia verrucosa) bezeichnen.

Treffen, wie dies nicht selten der Fall ist, eine Reihe der angeführten Momente, oder gar alle derselben zusammen, d. h. findet sich eine breitbasige Warze mit mattkongestionierter Umgebung am hinteren Drittel des schwerbeweglichen oder schon fast feststehenden Stimmbandes einer über 50 jährigen Person, ist die Heiserkeit derselben exzessiv, können Syphilis, Tuberkulose, Lupus usw. mit Sicherheit ausgeschlossen werden, so würde der Herausgeber nicht anstehen, einen solchen Fall schon zu dieser Periode mit grösster Wahrscheinlichkeit als einen Fall bösartiger Kehlkopfneubildung zu diagnostizieren.

Beim weiteren Verlaufe können neue Momente diese Diagnose noch weiter unterstützen. Als ein solches Moment muss man bei zweifelhaften Geschwülsten, die dem hinteren Teil des Stimmbandes aufsitzen, eine ausgesprochene Tendenz zum Weiterwachstum in der Richtung nach dem betreffenden Giessbeckenknorpel und nach der hinteren Kehlkopfwand hin bezeichnet werden. Nach den Beobachtungen des Herausgebers, die, wie er weiss, von anderen Laryngologen reichster Erfahrung geteilt werden, besitzt diese Gegend eine ausgesprochene Immunität gegen Neubildungen gutartiger Natur. Er hat niemals eine gutartige Geschwulst an der hinteren Kehlkopfwand laryngoskopisch beobachtet und ebensowenig eine solche an Präparaten in den pathologisch-anatomischen Museen verschiedener Hospitäler auffinden können. Kommen gutartige Neubildungen in dieser Gegend überhaupt vor, — beschrieben worden sind sie ja —, so müssen sie Ereignisse seltenster Natur sein. Jedenfalls wird der Laryngolog, der eine verdächtige Geschwulst sich vom hinteren Stimmbanddrittel nach dieser Gegend ausbreiten sieht, kaum fehl gehen, wenn er in diesem Befunde ein anderes Verdachtsmoment schwerer Natur für die Bösartigkeit der betreffenden Neubildung erblickt.

Ein weiterer Anhaltspunkt ist, wie schon in dem zitierten ersten Briefe des Herausgebers erwähnt, und wie auch von mehreren der zitierten Autoren hervorgehoben, in den Folgen etwaiger intralaryngealer Eingriffe gegeben, mögen dieselben in der irrtümlichen Voraussetzung, dass es sich um eine gutartige Neubildung handle, oder zu dem Zwecke unternommen worden sein, ein Objekt für die Vornahme einer mikroskopischen Untersuchung zu gewinnen. Handelt es sich um eine bösartige Geschwulst, so schliesst sich an den Eingriff gewöhnlich entweder ein um sich greifender Ulcerationsprozess, oder es erfolgt rapides Wiederwachstum des Tumors bei mangelnder Vernarbung der durch die Operation gesetzten Wundfläche. Die letztgenannte Eventualität ist die häufigere. Sie kann sich, bei eventueller Wiederholung des Eingriffs, mehrere Male ereignen, gewöhnlich gefolgt von immer rascherem Recidiv und immer üppigerem Wachstum der Neubildung. Der Verlauf verschiedener eingesandter Fälle liefert Belege für diese Angabe. — Es braucht indessen wohl nicht besonders betont zu werden, dass nicht etwa empfohlen werden soll, zu dem Zwecke zu operieren, um sich aus dem Verlaufe der Sache nach der Operation weitere Anhaltspunkte zu verschaffen! Ein solches Vorgehen widerspräche nicht nur den allgemeingültigen chirurgischen Grundsätzen in Fällen vermuteten Krebses, sondern könnte auch diagnostisch zu den schlimmsten Irrtümern führen, da, wie ein von Gottstein mitgeteilter Fall beweist[1]), üppiges Wuchern einer Geschwulst nach intralaryngealen Eingriffen an sich **nicht** beweisend für die bösartige Natur derselben ist! — Der Vollständigkeit halber aber musste auch dieses Phänomens gedacht werden.

Je weiter in Fällen der geschilderten Art der pathologische Prozess fortschreitet, um so weniger Schwierigkeiten wird natürlich die Differentialdiagnose darbieten, und ist es erst einmal zu ausgedehnter Infiltration oder gar zur Ulceration gekommen, so wird die Gefahr einer Verwechslung mit einer gutartigen Neubildung eine äusserst geringe sein. Wie aber oben gezeigt worden ist, liegt es nach jeder Richtung hin im Interesse des Kranken, dass bereits in jener ersten Periode, die sich bisweilen über mehrere Monate hinzieht, die richtige Diagnose gestellt wird.

Die beschriebene Warzenform ist nicht die einzige, in welcher ein bösartiges Neoplasma des Kehlkopfes ein gutartiges vortäuschen kann.

In selteneren Fällen erscheint ein Stimmband in seiner ganzen Länge in grauweisse oder graurötliche Papillom-ähnliche Massen eingebettet, oder es zieht ein fransenförmiger, anscheinend papillomatöser Saum fast seinem ganzen Rande entlang. In solchen Fällen, zumal bei älteren Patienten, muss wiederum die Einseitigkeit der Affektion gegenüber ihrer verhältnismässig grossen

1) Der betreffende Fall, dessen Gottstein auch in seiner Antwort zur Sammelforschung gedenkt, findet sich in der zweiten Auflage seines Lehrbuchs, S. 153, ausführlich mitgeteilt.

Ausdehnung den Verdacht auf Bösartigkeit erwecken, und auch in diesen Fällen wird die Frage der Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes ein wichtiges differential-diagnostisches Moment bilden.

Hier aber ist ein Wort der Warnung vor einer möglichen Irrtumsquelle geboten.

In dem bekannten Fall des Mr. M. W., der vom Herausgeber ausführlich beschrieben worden ist[1]), und in welchem wiederholte und sorgsame Untersuchung bei vortrefflicher Beleuchtung das linke Stimmband vollständig in Papillom-ähnliche Massen eingebettet erscheinen liess, während begleitende Umstände, wie die Farbe der Geschwulst, die fast vollständige Aphonie und das Alter des Kranken die Befürchtung der Malignität nahe legten, schien, obwohl über die Beweglichkeit des linken Stimmbandes selbst eben infolge seiner anscheinend völligen Einbettung in diese Massen nichts zu ermitteln war, die völlig erhaltene und leicht konstatierbare Beweglichkeit des linken Giessbeckenknorpels den gehegten Verdacht bestimmt zu negieren. Da wiederholte Erfahrungen den Herausgeber gerade über den Wert der freien Beweglichkeit des affizierten Stimmbandes resp. Giessbeckenknorpels für die Diagnose in solchen zweifelhaften Fällen belehrt hatten, machte ihn der Mangel dieses einen Symptoms in seiner Diagnose äusserst zweifelhaft und er musste sich dieselbe durch intralaryngeale Exstirpation von Fragmenten und mikroskopische Untersuchung derselben sichern. Die letztere ergab zuerst die Charakteristika eines anscheinend harmlosen Papilloms[2]). Trotz alledem waren seine Befürchtungen nicht gehoben und er entfernte fünf Tage später ein zweites Fragment, dessen mikroskopische Untersuchung nunmehr die Existenz eines verhornenden Epithelioms über allen Zweifel feststellte. Fünf Tage später exstirpierte Dr. Hahn (Berlin) die linke Kehlkopfhälfte des Kranken. Erst bei der Operation stellte es sich heraus, dass das linke Stimmband gar nicht in den Prozess selbst einbezogen, sondern nur seiner ganzen Länge nach von einer schmalen länglichen epitheliomatösen, mit blumenkohlähnlichen Auswüchsen versehenen Geschwulst bedeckt war, die mit breitem, bandartigem Stiel aus dem linken Ventrikel hervorwuchs[3])! Die freie Beweglichkeit des linken Arytaenoidknorpels war durch diesen Befund leicht genug erklärt und der Wert des Symptoms der Schwerbeweglichkeit gerettet. In Fällen ähnlicher Natur aber wird der Beobachter, der durch die freie Beweglichkeit des betreffenden Giessbeckenknorpels an seiner eigenen Diagnose irre werden könnte, sich zu erinnern haben, dass das im Kehlkopfspiegel als Stimm-

---

1) Transactions of the Clinical Society. Vol. XX.

2) Diese Seite des Falles ist in dem oben zitierten ersten Briefe des Herausgebers an den Redakteur des British Medical Journal erwähnt. Er ist der erste der dort zitierten Fälle.

3) Das Präparat befindet sich im Museum des St. Thomas-Hospitals (No. 520), und ist von vielen Kollegen (u. a. von Prof. Virchow und Sir James Paget) inspiziert worden.

bandcarcinom erscheinende Neoplasma möglicherweise ein Carcinom des Ventriculus Morgagni sein könnte und dass die freie Beweglichkeit des gleichseitigen Arytaenoidknorpels daher noch nicht ipso facto die Malignität des Gebildes ausschliesst!

Die letzte Form endlich, in welcher der Herausgeber ein bösartiges Neugebilde des Kehlkopfs ein gutartiges simulieren gesehen hat, scheint eine äusserst seltene zu sein. Er wurde von einem befreundeten, bekannten Laryngologen ersucht, mit ihm einen etwa 40 jährigen Hospitalpatienten zu sehen, in dessen Falle sich „Papillome" nach intralaryngealer Entfernung mit ganz auffallender Schnelligkeit wieder gebildet und um sich gegriffen hatten. Das Bild, das sich bei laryngoskopischer Untersuchung darbot, war ein äusserst merkwürdiges, wie es der Herausgeber weder vorher noch später je gesehen hat. Fast die ganze linke Seite des Kehlkopfs war von einem kurzgeschorenen, schneeweissen Papillomrasen[1]) (dies ist der passendste Vergleich, der sich darbietet) eingenommen, der, anscheinend vom linken Stimmband ausgehend, auf das linke Taschenband, den linken Giessbeckenknorpel, die linke arytaeno-epiglottische Falte übergegriffen hatte. In der Nachbarschaft nirgendswo Zeichen von Kongestion oder Infiltration; von Ulceration nirgendswo eine Spur; die rechte Kehlkopfhälfte ganz gesund; keine andere Klage, als die über Stimmlosigkeit; keine Verbreiterung des Kehlkopfs; keine Lymphdrüsenschwellung, keine Kachexie. Trotz alledem hegte der Herausgeber auf Grund des ungewöhnlichen Aussehens und Sitzes, der bedeutenden Ausbreitung der Neubildung, des berichteten äusserst schnellen Recidivs, des Alters des Patienten vom ersten Augenblick die Befürchtung der Malignität und sprach dieselbe auch sogleich dem Kollegen gegenüber aus. Seine Diagnose wurde um so ungläubiger entgegengenommen, als früher entfernte Fragmente von einem bekannten Pathologen mikroskopisch untersucht und für Papillome erklärt worden waren. Da der Herausgeber aber fest bei seiner Ansicht blieb, so wurde der betreffende Patholog ersucht, seine Untersuchung auch auf andere Fragmente der in Weingeist aufbewahrten, ursprünglich entfernten Neubildung auszudehnen, und diese Untersuchung ergab das Resultat, dass die Geschwulst von Anfang an teilweise epitheliomatöser Natur gewesen war! — Es handelte sich also um eine jener Mischformen, deren wir weiterhin noch eingehender zu gedenken haben werden.

Dass die obige Schilderung die Liste aller jener Formen erschöpft, in welchen eine bösartige Neubildung des Kehlkopfs in wohlumschriebener Tumorform auftretend ein gutartiges Neoplasma vortäuschen kann, ist der Herausgeber weit entfernt zu glauben. Die gegebene Beschreibung repräsentiert nur seine persönlichen Erfahrungen, und auch diese nur, soweit Stimmbandcarcinome betroffen sind. Zweifelsohne werden sich bei weiterer Beobachtung noch andere Formen auffinden lassen, die zu

1) Wenn nicht bereits ähnliche Geschwulstmassen entfernt worden wären, würde der Herausgeber am ehesten an eine Mykose gedacht haben.

diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können, und die genaue Beschreibung solcher erscheint sehr wünschenswert. Immerhin darf man hoffen, dass schon jetzt die gegebene Darstellung in manchen Fällen differential-diagnostische Anhaltspunkte liefern wird.

Eines Einwurfs muss noch gedacht werden, der hier von fanatischen Transformationsgläubigen gemacht werden könnte, des Einwurfs nämlich, woher man denn wisse, dass nicht in den eben beschriebenen Fällen die Neubildung ursprünglich gutartig gewesen und erst späterhin eine maligne Umbildung erfolgt sei?

Die Antwort ist eine sehr einfache: in allen Fällen, in welchen die laryngoskopische Untersuchung allein zur sicheren Feststellung einer frühzeitigen Diagnose nicht ausreichte, und die Grösse und der Sitz der zweifelhaften Neubildung die Entfernung von Fragmenten zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung irgend ermöglichten, wurde diese Entfernung vorgenommen, und das Resultat war, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schon in den frühesten beschriebenen Stadien sich die epitheliomatöse Natur der Neubildung mit Bestimmtheit erweisen liess! Die oben angegebenen Merkmale können also mit Bestimmtheit als für primär bösartige Stimmbandneubildungen charakteristisch in Anspruch genommen werden.

Immer freilich gab die mikroskopische Untersuchung, wie die in dem zweiten Briefe des Herausgebers zitierten Fälle zeigen, nicht den gewünschten Aufschluss. — Im Gegenteil, bisweilen war das Resultat ein direkt trügerisches!

Wir kommen hier zu dem zweiten der Punkte, die für die Analyse jedes einzelnen Falles von Wichtigkeit sind: Der Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente für die Differentialdiagnose.

V. Die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente für die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfneubildungen. Die Mischgeschwülste.

Obwohl die Frage nach dem relativen Werte der mikroskopischen Untersuchung in Fällen zweifelhafter Kehlkopfneubildungen verhältnismässig wenig öffentlich diskutiert worden war, so schien doch nach Virchow's lichtvollen Auseinandersetzungen über dieselbe (vgl. weiterhin) bis zur Mitte des Jahres 1887 eine ziemlich allgemeine Uebereinstimmung hinsichtlich dieses Punktes zu herrschen. Man betrachtete die Methode als ein wichtiges, wenn auch nichts weniger als unfehlbares Hilfsmittel der klinischen Diagnose, und bediente sich ihrer in allen Fällen, in denen dies überhaupt angängig war, mit der nötigen Reserve. Noch im November des vorhergehenden Jahres hatte der Herausgeber Gelegenheit genommen, in dem mehrerwähnten Falle des Mr. M. W. (vgl.

S. 13 u. 40) aufs Neue praktisch zu demonstrieren, wie wenig sie auf Infallibilität Anspruch erheben dürfe.

Der traurige Fall des Kaisers Friedrich führte, wie in manchen anderen wissenschaftlichen Fragen, so auch in dieser zu Störungen des Gleichgewichts. Auf der einen Seite wurde die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung masslos überschätzt, auf der anderen begegnete sie kaum verhehlter Geringschätzung. Während sie von den einen als die wichtigste oder selbst als die „einzig wissenschaftliche" Methode zur Feststellung der Diagnose gefeiert wurde, hatte sie anderen nur in Ausnahmefällen Dienste geleistet. Kurz: zwischen extremen Beurteilungen hin und her geworfen, drohte ihr die richtige Stellung völlig verloren zu gehen. In allerjüngster Zeit, in welcher die Ansichten überhaupt mehr ins gewohnte Geleise zurückkehren, hat man sich auch in dieser Frage wieder von den Extremen entfernt. Trügen aber die Zeichen nicht, so ist die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente mit bedeutender Schädigung ihres früheren Ansehens aus dem Zwiste hervorgegangen.

Und das erscheint dem Herausgeber so bedauerlich, dass er, obwohl bereits in der historischen Einleitung dieser Arbeit (S. 83 u. ff.), sein Standpunkt in dieser Frage entwickelt worden ist, und obwohl er gegenwärtig nichts Neues hinsichtlich derselben beibringen kann, um Erlaubnis bitten muss, noch einmal auf sie zurückzukommen, da es im öffentlichen Interesse liegt, eine wertvolle Methode nicht dafür büssen zu lassen, dass ihr in einem konkreten Falle Unmögliches zugemutet wurde.

Auf den ersten Blick erscheint die Forderung, in den uns hier beschäftigenden Fällen der mikroskopischen Untersuchung entfernter Fragmente den ersten Rang bei der Feststellung der Diagnose einzuräumen, sehr bestechend. Denn man sollte theoretisch in der Tat meinen, dass die histologische Untersuchung eines Teiles der Neubildung höher stände, als die sich in diesen Fällen meist auf blosse, laryngoskopische Inspektion gründende klinische Diagnose.

Weitere Ueberlegung aber zeigt, dass dieser Schluss nur dann gerechtfertigt wäre, wenn:

1. die histologische Struktur jeder Geschwulst so charakteristisch für die Art wäre, der sie angehört, dass die mikroskopische Untersuchung jedesmal über diesen wichtigsten Punkt mit vollster Sicherheit Aufschluss geben müsste;
2. die histologische Struktur jeder Geschwulst eine so durch und durch gleichförmige wäre, dass die Untersuchung selbst eines kleinen, von irgend einer Stelle derselben entnommenen Fragmentes im Kleinen ein zuverlässiges Bild von der Zusammensetzung der ganzen Neubildung gäbe.

Es braucht kaum auseinandergesetzt zu werden, dass in einer grossen Reihe von Fällen die eine oder die andere dieser Voraussetzungen, bisweilen beide, nicht zutreffen.

Was die erste derselben anbelangt, so gehört es zum ABC der Geschwulstlehre, dass in vielen Fällen sich scharfe Grenzen zwischen dem Bau verschiedener Geschwülste nicht ziehen lassen, sondern dass so allmähliche Uebergänge vorkommen, dass oft die zu bestimmende Geschwulst etwas wirklich Charakteristisches nicht hat, und dass der Name, der ihr schliesslich gegeben wird, mehr durch die persönlichen Ansichten des untersuchenden Mikroskopikers, resp. durch das spezielle Entwicklungsstadium, in dem sie zur mikroskopischen Untersuchung kommt, bestimmt wird, als durch gewisse, unveränderliche, immer anwendbare Prinzipien.

Was hier kurz allgemein in die Erinnerung zurückgerufen wurde, findet selbstverständlich seine Anwendung auch auf die Geschwülste des Kehlkopfs. Der Mackenzie'sche Fall (vgl. S. 77), in welchem eine Neubildung zuerst für ein „Papillom", dann für „fibrocellulär", dann für „epitheliomatös" erklärt wurde, steht durchaus nicht vereinzelt da. Clinton Wagner hat zur Sammelforschung einen Fall beigesteuert (derselbe wird weiterhin unter den Fällen zweifelhafter Degeneration ausführlich mitgeteilt werden), in welchem aus gleichzeitig entfernten Fragmenten von einem pathologischen Anatomen die Diagnose auf „einfaches Papillom", von einem anderen auf „Sarkom", von einem dritten auf „epitheliomatöses Papillom" gestellt wurde. — In einem nicht veröffentlichten Falle des Herausgebers schwankte die mikroskopische Diagnose zwischen „Granulom", „gefässreichem Fibrom", „Angiosarkom", „Sarkom". Kurz: die Voraussetzung, dass die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente stets ein charakteristisches Bild ergeben müsse, trifft bei Kehlkopfpolypen ebensowenig ausnahmslos zu, als bei Geschwülsten anderer Teile.

Ungleich wichtiger aber als der eben erörterte Missstand ist die Fehlerquelle, die aus der Tatsache erwächst, dass Kehlkopfneubildungen öfters zusammengesetzter Natur sind, und dass die Untersuchung eines einzelnen Fragmentes daher nicht zu Rückschlüssen auf die Natur der ganzen Neubildung berechtigt.

Denn wenn das blosse Fehlen charakteristischer Merkmale unter dem Mikroskope den Laryngologen wenigstens nicht zu Trugschlüssen hinsichtlich der Natur der vorliegenden Neubildung veranlassen wird, so werden andererseits die schlimmsten, praktischen Konsequenzen zustande kommen können, wenn der behandelnde Arzt, im blinden Vertrauen auf das Zeugnis des Mikroskopes, vergessen wollte, dass das betreffende Resultat ganz und gar nicht beweisend für die Natur der ganzen Neubildung zu sein braucht! —

Wir kommen hier auf das Kapitel der „Mischgeschwülste" und dasselbe ist für unsere Aufgabe so wichtig, dass wir es mit einem längeren Zitat aus Virchow's „Krankhaften Geschwülsten" eröffnen, welches die beste allgemeine Einführung in unser spezielleres Gebiet gibt. Virchow spricht zwar an der betreffenden Stelle (Vol. I, S. 348 u. ff.) nur von der Kombinations- und Uebergangsfähigkeit der Fibrome;

seine Ausführungen gelten aber — mutatis mutandis — auch für andere Geschwulstformen, und sind für uns um so bedeutungsvoller, als er an der zitierten Stelle seine Ansicht über die Degeneration von Geschwülsten ausspricht.

„Bei der grossen Unsicherheit der Beschreibungen", sagt er, „ist nichts schwieriger, als sich aus der Literatur ein Urteil über das Vorkommen und die Bedeutung der Fibrome zu bilden. Nicht nur sind, wie ich schon hervorhob, die meisten Myome und Neurome hierher gezählt worden, sondern namentlich auch zahlreiche Fälle von Sarkomen und Skirrhen, was sich zum Teil aus den früher sehr mangelhaften Untersuchungsmethoden, zum Teil aus der sehr langsam fortschreitenden Erkenntnis der normalen Histologie, zum Teil aber auch aus der ungemein häufigen Kombination des Fibroms mit anderen Geschwulstarten erklärt. Denn keinerlei Kombination ist häufiger als diese, und nichts gibt leichter zu Missverständnissen und Täuschungen Veranlassung, als der Umstand, dass gewisse Teile einer Geschwulst ganz und gar aus Bindegewebe zusammengesetzt sind, während andere eine ganz abweichende Struktur besitzen. Beschränkt man sich bei der Untersuchung darauf, nur bestimmte, kleine Punkte des Gewächses einer genaueren Prüfung zu unterwerfen, so kann es leicht sein, dass man nur die einen oder die anderen der konstituierenden Teile zu Gesicht bekommt und danach den Charakter der Geschwulst bestimmt. Ist dies gerade der bindegewebige Anteil, so wird man natürlich im Allgemeinen günstig über die Natur des Gewächses urteilen, in der Regel günstiger, als man getan haben würde, wenn man auf die anderen Teile gestossen wäre. Mir selbst ist dies begegnet, und ich habe mich zum Teil erst dann von meinem Irrtum überzeugt, wenn ich durch ein Recidiv auf den suspekten Charakter des Prozesses aufmerksam wurde. So erinnere ich mich insbesondere eines „rekurrierenden Fibroms" der Infraorbitalgegend, bei dessen erster Exstirpation durch Cajetan v. Textor ich eine einfache Bindegewebsgeschwulst diagnostizierte; als ein Recidiv eintrat, fand ich kankroide Struktur, und als ich nun die in Alkohol aufbewahrte erste Geschwulst von Neuem untersuchte, so zeigte sich, dass ganz kleine Stellen darin den kankroiden Bau besassen, während fast der ganze übrige Tumor fibromatös war."

„Solche Fälle sind es auch zum Teil gewesen, welche einerseits wegen der falschen prognostischen Auffassung, andererseits wegen der Widersprüche verschiedener Untersucher über dieselbe Geschwulst die Mikrographie bei manchen Praktikern in so grossen Misskredit gebracht haben. Sehr wesentlich fällt dabei in das Gewicht, dass auch die Grenzen der tuberkulösen Fibrome gegen andere Geschwülste, besonders gegen das Sarkom nicht scharf sind, indem wirkliche Uebergangsformen[1]) bestehen. Es bedarf nur einer zunehmenden Entwickelung des zelligen

1) Virchow, Kombinations- und Uebergangsfähigkeit krankhafter Geschwülste. Würzburg. Verhandl. Bd. I. S. 134. Vgl. Archiv (1849). Bd. III. S. 223.

Anteils der Geschwulst in der Art, dass die Zellen nicht bloss zahlreicher, sondern auch grösser und selbständiger werden, während die Interzellularsubstanz in gleichem Masse zurücktritt, um das Fibrom zu einem Sarkom zu machen. Wo hier die Grenze zu ziehen ist, das wird immer mehr oder weniger der Willkür der einzelnen Beobachter überlassen bleiben, und es wird wahrscheinlich niemals möglich sein, ein allgemeines Kriterium zu finden, um das faserige Sarkom von dem weichen Fibrom zu scheiden. Die „fibrozelluläre" und die „fibroplastische" Geschwulst werden immer streitige oder neutrale Grenzgebiete darstellen. Meine Ansicht über die Demarkationslinie werde ich bei der Besprechung der Sarkome genauer darlegen."

„Bei diesen Uebergangsformen handelt es sich um genetisch ganz verschiedene Dinge. Zunächst kommt die meiner Meinung nach nicht zweifelhafte Degeneration der Geschwülste in Betracht, wie sie von den älteren Beobachtern vielfach, namentlich für Polypen, in Anspruch genommen, von den meisten neueren dagegen geleugnet wurde. Gerade die fibromatösen Geschwülste sind zu einer solchen Degeneration besonders geeignet[1]), weil sie aus demselben Gewebe zusammengesetzt sind, welches, wie wir gesehen haben (S. 92), die gewöhnliche Matrix der Aftergewächse ist. In diesen Fällen ist also zuerst das Fibrom vorhanden und dies wird erst sekundär krebsig, knorpelig, cystisch usw. — Anderemal ist die Bildung des fibrösen Anteils gleichzeitig mit der Bildung des krebsigen, knorpeligen usw., so dass die Geschwulst sofort als eine zusammengesetzte erwächst. Von mehreren gleichartigen, nebeneinander gelegenen Teilen erzeugt der eine diese, der andere jene Neubildung. Namentlich ist es sehr gewöhnlich, dass die peripherischen Teile mehr die fibröse, die inneren mehr die spezifische Entwicklung erfahren, dass also die Geschwulst gewissermassen eine fibröse Hülle, einen Balg, bekommt."

Soweit Virchow, dessen Ausführungen fast wie für den speziellen Zweck unserer Sammelforschung geschrieben erscheinen. Denn aus ihnen ergeben sich die Schwierigkeiten, mit welchen der Mikroskopiker zu kämpfen hat, die Fehlerquellen der histologischen Untersuchung, die Gründe, welche schon zu einer früheren Zeit einmal die Mikrographie bei Praktikern in Misskredit gebracht haben, die tatsächlichen Verhältnisse der Kombination und Entwicklung verschiedener Geschwulstformen.

Es wäre ebenso vermessen, wie überflüssig, diesen überzeugenden Auseinandersetzungen weitere allgemeine Erörterungen über die in Rede stehende Frage folgen zu lassen. Uns liegt es nur ob, durch konkrete Beispiele zu erweisen, dass die geschilderten allgemeinen Verhältnisse auch auf die Neubildungen des Kehlkopfs volle Anwendung finden.

Hier ist vor allen Dingen der äusserst interessante und instruktive

1) C. O. Weber, Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen. Berlin 1859. S. 291, 295.

Krieg'sche Fall zu berichten, dessen bereits im letzten Abschnitt (vgl. S. 109) beiläufig gedacht wurde.

Herr Kollege R. Krieg (Stuttgart) hatte nämlich die Güte, in seinem Beitrag zur Sammelforschung einen Fall mitzuteilen, welchen er als Beispiel von Uebergang einer gutartigen in eine bösartige Neubildung nach intralaryngealen Operationen auffasste. Der Fall ist folgender:

Fr. Sch., Bauer aus Löchgau in Württemberg, 52 Jahre alt, stellte sich am 29. April 1881 mit einem haselnussgrossen, grobgelappten Tumor in der vorderen Kommissur vor, dessen grösster Teil unter den Stimmbändern befindlich war, während ein kleiner Fortsatz über die Kommissur hervorragte. Ueber die Vorgeschichte des Falles, den vermutlichen Termin des Beginnes der Neubildung etc. sind Angaben nicht gemacht.

Am 6. und 7. Mai 1881 Geschwulst mit Schwamm und Pinzette entfernt bis auf eine kleine Hervorragung am vorderen Teile des linken Stimmbandes. Diese wird galvanokaustisch am 8. Juli 1881 zerstört. Nach der ersten Operation am 6. Mai mikroskopische Untersuchung seitens des Operateurs, welche die Charaktere einer gutartigen Neubildung ergibt.

Erstes Recidiv am linken Stimmbande am 14. IX. 81. Entfernung.

Zweites Recidiv an derselben Stelle am 7. X. 81. Galvanokaustische Zerstörung.

Drittes Recidiv, ziemlich bedeutend in der vorderen Kommissur, am 17. XII. 81. Entfernung. Produktion eines kleinen Defektes am vorderen Ende des linken Stimmbandes.

Viertes Recidiv am 20. I. 82 an der Stelle des Defekts. Entfernung.

Fünftes Recidiv in der vorderen Kommissur am 18. III. 82. Galvanokaustisch entfernt.

Am 15. April 1882 alles frei, nur Vorragung in der Mitte des linken Stimmbandes.

Sechstes Recidiv am 10. VI. 82. Vordere Kommissur frei, aber am linken Stimmbande zwei Lappen. Entfernung mit Pinzette.

Am 17. VI. 82 erscheint das linke Stimmband bucklig. Verdacht!

Am 24. VIII. 82 auch am rechten Stimmband eine Warze.

Am 30. IX. 82 bilden beide Stimmbänder plumpe Wülste. Mikroskop ergibt Carcinom.

Am 11. VI. 83 erscheint fast der ganze Kehlkopf durch Geschwulstmasse ausgefüllt. Rat zur Kehlkopfexstirpation.

Am 29. VI. 83 Resectio laryngis, d. h. des „unteren Teils" des Larynx durch Prof. Dr. Paul Bruns.

Am 29. VI. 84 wegen Recidivs wieder auf Prof. Bruns' Klinik.

Tod am 23. November 1884. Resultat der Autopsie Herrn Dr. Krieg nicht bekannt.

Bei dem Studium dieses Falles stiegen dem Herausgeber verschiedentliche Bedenken hinsichtlich der Auffassung dieses Falles als eines ursprünglich gutartigen auf und er verlieh denselben in einem Briefe an

Dr. Krieg Ausdruck. Welches diese Bedenken waren, erhellt aus Dr. Krieg's Antwort, welche der Wichtigkeit der Sache halber hier wörtlich wiedergegeben wird. Es muss dabei bemerkt werden, dass Kollege Krieg sowohl die laryngoskopischen wie die mikroskopischen Befunde durch eine Serie sehr instruktiver Zeichnungen illustriert hat, welche zu unserem Bedauern hier nicht reproduziert werden können.

Der Brief Dr. Krieg's lautet:

Stuttgart, den 24. März 1888.
Königstrasse 53.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Ihren Brief vom 13. März habe ich erhalten und beantworte jetzt Ihre erste Frage „welches war die histologische Natur der anfänglich entfernten Fragmente?“ dahin, dass ich am 1. Tag der Operation des Kranken, am 6. Mai 1881, laut Aufzeichnung eine mikroskopische Untersuchung angestellt und dabei ein Papillom gefunden habe. Des näheren über diese Untersuchung weiss ich mich nicht mehr zu erinnern, ausser dem einen, dass ich aus dem Fragment nur einen einzigen Schnitt gefertigt und untersucht habe. Heute würde ich das freilich anders machen und habe es anders gemacht: Ich besass nämlich noch sämtliche entfernte Fragmente in Weingeist aufbewahrt und habe mehrere Stücke unter gütiger schätzenswerter Hilfe des Herrn Medizinalrat Rembold, des Prosektors der hiesigen Spitäler, heute wiederholt durchmustert: Dieser fertigte von einem Stück, dass nach Grösse, Form und meiner Erinnerung unzweifelhaft als eines der am ersten Tag entfernten Fragmente angesehen werden muss, eine Reihe von Schnitten, deren Untersuchung folgendes Resultat ergab:

Im ältesten Stück findet sich ausgesprochene Pachydermie, d. h. starke Wucherung des Epithelüberzugs mit Hineinwuchern gefässhaltiger, kleinzellig infiltrierter Bindegewebspapillen in das Epithel. Das Bindegewebe unter der verdickten Epithellage ist bereits hier mit in Alveolen des Bindegewebs gelagerten Epithelnestern dicht besetzt. Es handelt sich also anatomisch um gleichzeitiges Vorhandensein von Pachydermie und Carcinom.

In einem später operierten Stück findet sich die Oberfläche ausgedehnt geschwürig zerstört, meist ohne jegliche Epithelbedeckung, so dass gleich mit der freien Fläche das Carcinom beginnt. Am Rande desselben Schnittes ist aber das Carcinom noch von Epidermis überlagert, und ist die ausgesprochen papillomatöse Wucherung (Pachydermie) in der eben besprochenen Umformung begriffen.

Es steht damit fest, dass die Geschwulst am Tag der ersten Operation, am 6. Mai 1881 papillomatöse und carcinomatöse Bestandteile tatsächlich schon enthalten hat.

Und damit nun im Einklang steht die Beantwortung ihrer zweiten Frage, dass auch die Erwägung der klinischen Erscheinungen des Falles, wie 1. das Alter, 2. die gleich von Anfang an so kontinuierlichen Recidive, 3. die Hartnäckigkeit derselben, z. B. Rückkehr trotz des am 17. Dezember 1881 im linken Stimmband angelegten Defektes, 4. die verhältnismässig kurze Dauer des ganzen Verlaufs[1]) (Dez. 80 bis Juni 84), zu der Annahme drängt, dass es sich von Anfang an um eine Mischform gehandelt hat.

Wenn also mein Fall in der Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen ärztlichem Eingriff und Uebergang von gutartiger und bösartiger Geschwulst scheinbar ein nur negatives Resultat ergeben hat, so freute es mich doch, wenn er durch seine anderweitigen positiven, besonders die kombinierten histologischen Resultate für die Wissenschaft überhaupt und ganz besonders für den Zweck Ihrer Arbeit einen kleinen Beitrag liefern würde.

Mit ergebenstem Gruss

Dr. Krieg.

Dass der in den letzten Zeilen dieses Briefes ausgesprochene Wunsch in vollstem Masse in Erfüllung gegangen ist, braucht kaum besonders betont zu werden. So interessant der Fall an sich ist, so ist sein Wert für die Sammelforschung hauptsächlich deshalb ein so grosser, weil er zu legitimen Schlüssen hinsichtlich anderer, analoger berechtigt! In diesem Falle wollte es ein glücklicher Zufall, dass die erst entfernten Fragmente aufbewahrt und erkennbar waren. Ihre histologische Untersuchung erwies die Berechtigung der klinischen Zweifel, die sich dem Herausgeber aufgedrängt hatten. Wären diese Fragmente aber nicht aufbewahrt, nicht von neuem mit solcher Sorgfalt untersucht worden, so hätte dieser Fall sicherlich von den Parteigängern der Degenerationstheorie als eine Stütze ihrer Anschauungen in Anspruch genommen werden, der Zweifel des Herausgebers als übertriebener und unberechtigter Skeptizismus zurückgewiesen werden können! — In wie vielen ähnlichen Fällen fehlt aber das entscheidende Kriterium, das hier glücklicherweise noch angelegt werden konnte?! — — Von diesem Standpunkte gibt der Fall so viel zu denken und befestigt in so bedeutsamer Weise die Anschauung derer, die noch nicht, weil eine Neubildung ursprünglich „gutartig“ aussah und das Resultat einer mikroskopischen Untersuchung nichts Bösartiges entdecken liess, sofort zugeben wollen, dass, wenn der weitere Verlauf doch die Malignität der Geschwulst erweist, eine Umwandlung vorgekommen sein muss.

---

1) Besonders der verhältnismässig kurze Zeitraum zwischen der Entdeckung der Geschwulst und der Konstatierung der Bösartigkeit! Red.

Einen weiteren sehr bemerkenswerten Fall, in dem es sich offenbar um eine Mischgeschwulst handelt und der besonders dadurch interessant ist, dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit die carcinomatöse Infiltration als das Primäre, das Aufschiessen der gutartigen Geschwulstelemente als das Sekundäre bezeichnen kann, hat uns in den allerletzten Tagen Kollege A. Sokolowski (Warschau) zur Verfügung gestellt. Es ist folgender:

„H., Kaufmann, 42 Jahre alt. Hereditär mit Tuberkulose belastet, seit 9 Jahren Husten, seit 4 Jahren Heiserkeit. Verschiedene klimatische Kuren durchgemacht. In den letzten Monaten stark abgemagert. An Syphilis nie laboriert. Erste Untersuchung fand Ende Juni 1887 statt. Laryngoskopisch: Rechtes wahres Stimmband im vorderen Drittel leicht infiltriert, Stimmband schwer beweglich, der rechte Arytaenoidknorpel leicht infiltriert und geschwollen. Andere Teile normal. In der rechten Fossa supraspinata dextra hauchendes Exspirium. Diagnose: Aller Wahrscheinlichkeit nach beginnende Kehlkopftuberkulose. Seit Anfang November progressive stenotische Erscheinungen. Ende November zweite Untersuchung. Starke Inspirationsstenose. Kehlkopf: Rechter Arytaenoidknorpel stark infiltriert (dunkelrot). Stimmband fast unbeweglich. Das ganze vordere Drittel des rechten Stimmbandes stellt sich in Gestalt eines dicken Infiltrates in wulstiger Form dar — die anderen Teile mässig gerötet. Es wurde sofort zur Tracheotomie geschritten. Im Laufe von 3 Wochen stellte sich Zerfall ein — oberflächliche Verschwärung des infiltrierten Teiles des Stimmbandes — und allmählich entwickelten sich auf der ganzen Geschwürsfläche papillöse weisse Wucherungen, die den dritten Teil des Stimmbandes gänzlich bedeckten, bis in die Rima glottidis hineinragend. Ende Dezember wurden zur Feststellung der Diagnose zwei Papillen von der Grösse eines Hanfkorns herausgenommen; die von dem bekannten Histologen Prof. Przewoski im hiesigen pathologischen Institute ausgeführte Untersuchung derselben ergab als Resultat: Fibroma papillare. Der Allgemeinzustand des Patienten besserte sich allmählich, er fuhr nach Hause. — Mitte Februar 1888: Allgemeinzustand sehr gut. Laryngoskopisch: Das ganze Drittel des rechten Stimmbandes wie früher mit papillären weissen Wucherungen besetzt (warzenartig); Stimmband wenig beweglich; rechter Arytaenoidknorpel mässig geschwollen (dunkelrot); andere Teile normal. Es wurden wieder zwei Papillen herausgenommen; der histologische Befund derselbe: Fibroma papillare. Infolgedessen wurden von mir die sämtlichen Papillen mit der Pinzette herausgenommen, der ganze infiltrierte Teil des Stimmbandes mehrmals im Laufe des Monats galvanokaustisch geätzt. Resultat: Stimmband in eine Art von narbigem Gewebe verwandelt, doch wenig beweglich; Stimme weniger heiser; Atem frei. Ende März Kanüle herausgenommen. Pat. hielt sich bis auf die Heiserkeit für ganz gesund, fuhr Anfang April nach Hause und fühlte sich bis Mitte August ganz wohl. Von da ab wieder allmählich ent-

stehende Dyspnoe; Ende August wieder starke Stenose: Tracheotomie (während meiner Abwesenheit von Warschau).

Mitte November wieder vorgestellt: Allgemeinbefinden sehr gut. Laryngoskopisch: Rechter Arytaenoidknorpel wie auch teilweise der linke stark geschwollen; ein Drittel des rechten Stimmbandes wieder mit warzigen Papillen bedeckt, ausserdem ein etwas grösserer Tumor von ca. 1 cm Länge, der aus dem freien Rande des Stimmbandes entsprang. Stimmband fast unbeweglich; die anderen Teile normal. Die Granulationen wurden wieder herausgenommen (15. XII.) und die histologische Untersuchung ergab wieder (zum vierten Male) die Diagnose: Fibroma. Ein paar Tage später gelang es mir den ganzen grösseren Tumor zu entfernen; derselbe wurde histologisch untersucht und zeigte die typische Struktur des Carcinoma keratodes (makroskopisch sah er weiss granulös aus).

Zu diesem Falle wurden bei seiner Vorstellung in der Warschauer Med. Gesellschaft folgende epikritische Bemerkungen gemacht, die ich in kurzem hier skizziere:

1. Langdauernder Verlauf des Krebses — vor 5 Jahren erst Heiserkeit[1]) — bis jetzt keine Alteration des Allgemeinzustandes, im Gegenteil progressive Verbesserung des Ernährungszustandes.

2. Schwierigkeiten der Diagnose, besonders durch die mikroskopische Untersuchung verdunkelt.

3. Wie es scheint war es von Hause aus Krebs, denn zuerst stellte sich Infiltration ein und erst nachträglich entpuppten sich die papillären Wucherungen. Von einem Uebergang von gutartigen Geschwülsten in bösartige kann nicht die Rede sein — es waren nur stets oberflächliche Papillen herausgenommen — erst das zuletzt entfernte ziemlich grosse Stück ergab die carcinomatöse Struktur.

4. Bemerkenswert ist in diesem Falle der ausgezeichnete Erfolg der lokalen Behandlung — chirurgisch mit nachfolgender galvanokaustischer Aetzung —; es wurde eine Vernarbung erzielt und ein Stillstand des Prozesses von fast fünfmonatlicher Dauer.

Der Kranke ist bis jetzt in meiner Beobachtung."

Sehr bemerkenswert in dem Falle erscheint — neben der Bestätigung des hohen Wertes des Symptoms der Schwerbeweglichkeit des affizierten Stimmbandes — die Vernarbung der intralaryngeal gesetzten Operationswunden. Dieselbe spricht an sich für den Charakter der Neubildung als einer Mischgeschwulst. Es wurden eben nur oberflächliche, den gutartigen Bestandteilen angehörige Fragmente entfernt, und wahrscheinlich aus diesem Grunde konnte Vernarbung der betreffenden Partien erfolgen. Gleichzeitig lehrt der Fall in drastischer Weise, wie wenig die mikroskopische Untersuchung beanspruchen kann, als unfehlbar zu gelten! —

---

1) Aus der Heiserkeit allein darf man wohl kaum schliessen, dass das Krebsleiden bereits seit 5 Jahren besteht! Red.

In die Kategorie der Mischfälle gehört mit Sicherheit ferner der mehrerwähnte Semon'sche Fall des Mr. M. W. (vgl. S. 84 — es ist der erste der dort mitgeteilten Fälle — und S. 115), in welchem die mikroskopische Untersuchung des erst entfernten Stückes die Charaktere eines Papilloms, die des nur fünf Tage später zweiten diejenigen eines verhornenden Epithelioms aufwies.

Möglicherweise gehören ferner hierher die Fälle von Mahl-Stoerk-Thost, v. Schroetter, Whistler-Whipham. In dem ersten derselben meint Dr. Thost, der das Präparat am 21. Februar 1888 vor dem ärztlichen Verein zu Hamburg demonstrierte (vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1888, S. 702), dass, trotz des sich über zwölf Jahre hinziehenden Verlaufes von Anfang an eine Mischform vorgelegen habe, indem durch pathologische Reize in der Umgebung der carcinomatös erkrankten Schleimhaut circumscripte Wucherungen des Papillarkörpes hervorgerufen worden seien, die von Papillomen kaum zu unterscheiden seien. (Vgl. darüber weiterhin Nr. 21 dieses Kapitels.) — Der Herausgeber muss bekennen, dass ihm der Beweis eines derartigen Verlaufs im vorliegenden Falle trotz der makroskopischen und mikroskopischen Demonstration nicht völlig erbracht zu sein scheint. Ihm selbst hatte der betreffende Fall als das typischste Beispiel einer wirklichen Degeneration imponiert, das überhaupt zur Sammelforschung eingesandt war, und er hatte ihn anstandslos unter die „sicheren" Fälle von Degeneration aufgenommen. Auch jetzt weiss er nach seinen eigenen klinischen Erfahrungen über Larynxcarcinom weder den klinischen Verlauf noch die enorm lange Dauer des Falles recht mit der Anschauung zu vereinbaren, dass die Neubildung von Anfang an teilweise bösartig gewesen sei, und möchte im Einklange mit den klinischen Beobachtungen der Herren Mahl und Stoerk weit eher annehmen, dass sich die von Thost beschriebenen, bösartigen Veränderungen erst sekundär ausgebildet hätten, während die circumscripten Wucherungen des Papillarkörpers das primäre Element darstellten. Der Fall wird weiterhin ausführlich beschrieben werden.

In dem ebenfalls später zu beschreibenden Falle Prof. v. Schroetter's glaubt der Autor selbst, dass von Anfang an eine Mischform zwischen Fibrom und Sarkom vorgelegen habe, doch konnte der mikroskopische Beweis für diese Ansicht nicht erbracht werden.

In dem Whistler-Whipham'schen Falle endlich, der ebenfalls unter den Fällen zweifelhafter Degeneration weiterhin berichtet werden wird, lässt es die Beschreibung des ersten mikroskopischen Befundes einigermassen unentschieden, ob von Anfang an einzelne Teile der Geschwulst bösartiger Natur gewesen seien.

Jedenfalls erhellt aus den Fällen von Krieg, Sokolowski und Semon mit Sicherheit, dass auch im Kehlkopf Mischgeschwülste vorkommen.

Was nun die praktischen Erfahrungen der Laryngologen hinsichtlich des Wertes der mikroskopischen Untersuchung für die Diagnose

bösartiger Kehlkopfneubildungen anbelangt, so haben sich folgende Kollegen über diese Frage geäussert:

1. Aus der Praxis des verstorbenen Kollegen Boecker (Berlin) teilt Dr. Schorler den schon früher von Boecker selbst und von den Herren V. v. Bruns und Paul Bruns (vgl. des letzteren Autors: Die Laryngotomie zur Entfernung von intralaryngealen Neubildungen, 1878, S. 143) beschriebenen Fall mit, in welchem die mikroskopische Untersuchung anfänglich keinen definitiven Aufschluss über die Natur der Neubildung gab. Der Fall wird weiterhin unter den sicheren Degenerationsfällen ausführlich berichtet werden.

2. Butlin (London) gedenkt seines in den Transactions of the Clinical Society, Vol. XX, 1887, p. 56 veröffentlichten Falles, in welchem die Untersuchung eines Fragments es anfänglich zweifelhaft liess, ob es sich um entzündetes Papillom oder um eine bösartige Neubildung handelte, und in welchem erst nach wiederholten Recidiven die Diagnose auf Epitheliom mit Sicherheit mikroskopisch gestellt werden konnte.

3. B. Fränkel (Berlin) schreibt: „Ich habe in einem Falle erst bei der vierten, in einem anderen erst bei der dritten Entnahme von Fragmenten den Nachweis führen können, dass Cancroid vorhanden war. Es erfolgten aber die einzelnen Entnahmen im Laufe von wenigen Tagen, so dass von einem Uebergang aus ursprünglich gutartigen Neubildungen in bösartige nicht die Rede sein kann. — Ich habe zwei Fälle von submukösem Carcinom gesehen, in denen es vor der Operation nicht möglich war, Partikel zu entnehmen. — Mehrfach konnte die Diagnose zwischen Papillom und Krebs erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden.“

4. E. Fränkel (Hamburg) schreibt: „In Fällen, wo mir per vias naturales entnommene Stücke behufs Sicherung der Diagnose übergeben wurden, habe ich ein Gutachten nur dann abgegeben, wenn die betreffenden Stücke bis ins eigentliche Schleimhautgewebe reichten und sich nicht nur auf das Oberflächenepithel beschränkten. Dann gelingt es aber nach meinen Erfahrungen auch, ein bestimmtes Urteil zu fällen, vorausgesetzt, dass die entfernten Massen überhaupt von dem Tumor und nicht etwa aus der gesunden Umgebung stammen. — Bei den von mir klinisch beobachteten Fällen gelang die klinische Diagnose ohne Probeexzision, zum Teil freilich erst nach längerer Beobachtungsdauer.“

5. Gurowitsch (Odessa) gedenkt eines Falles, in welchem die zweimalige mikroskopische Untersuchung eines bösartigen Neoplasmas, das im Kehlkopfteil des Pharynx sass, keinen Aufschluss gab und erst das Uebergreifen der Geschwulst auf den Kehlkopf selbst die Diagnose sicherte.

6. Hopmann (Köln) beantwortet die betreffende Frage der Sammelforschung wie folgt: „Ja, d. h. in der allerersten Zeit, wo die betreffende Neubildung, meist papilläres Epitheliom, zur Beobachtung bzw. zur Operation kam. Indessen stellte sich in diesen Fällen gewöhnlich sehr bald durch Verbreitung des Prozesses trotz gründlicher Entfernung

(welche in den Fällen von gutartigen Papillomen erfolgreich zu sein pflegt) mit Sicherheit der krebsige Charakter des Leidens heraus. Im übrigen bemerke ich, dass diese Fälle gewöhnlich bei vorgerückterem Alter vorkommen und deshalb meist von vornherein verdächtig erscheinen, während die überwiegende Zahl meiner Papillomfälle dem kindlichen und jugendlichen Alter angehören."

7. Jurasz (Heidelberg) berichtet folgende, hierher gehörige Fälle: „1. In einem Falle, in welchem die klinische Diagnose auf Sarkom gestellt und aufrecht erhalten wurde, die Exstirpation des Kehlkopfes aber wegen schlechten Kräftezustandes des Patienten nicht vorgenommen werden konnte (Czerny) — lautete die anatomische Diagnose der intralaryngeal exstirpierten Tumorstücke: „Granulationsgeschwulst". Der Tumor wurde galvanokaustisch zerstört und die nachfolgenden Recidive auf dieselbe Weise bekämpft. Hierdurch wurde die Tracheotomie vermieden. Patient starb an einer croupösen Pneumonie in einem Zeitintervall relativen Wohlbefindens seitens des Kehlkopfes. Sektion nicht gemacht. — 2. In einem Falle von Carcinom (1887) wurden 2 intralaryngeal exstirpierte grössere Tumorstücke anatomisch als „Adenome" erkannt. Erst ein drittes, aus einer anderen Stelle des Tumors entferntes Stück erwies sich als zweifelloses „Carcinom". Resektion des Kehlkopfes (Czerny) unter relativ guter Prognose. Tod an Pneumonie."

8. Des Krieg'schen Falles ist bereits oben gedacht.

9. Major (Montreal) schreibt: „Wenn die Substanz der Neubildung bis in genügende Tiefe entfernt worden war, fiel die mikroskopische Untersuchung befriedigend aus, aber nicht immer, wenn nur oberflächliche Fragmente untersucht wurden."

10. Malmsten (Stockholm) hat einen Fall von papillomatösem Sarkom gesehen, in welchem die mikroskopische Untersuchung „vor der Operation" keinen Aufschluss gab. Nach der Operation (es ist augenscheinlich eine Radikaloperation gemeint. Red.) bildete sich ein Recidiv aus, es entstanden Lymphdrüsenmetastasen und zwei Jahre später erfolgte der Tod.

11. O. u. G. Masini (Genua und Turin) haben zwei Fälle gesehen, in welchen der spätere Verlauf die Krebsdiagnose sicherte, die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente aber eine exakte Diagnose zu stellen nicht gestattete, da die vorhandenen epithelialen Zellen weder eine für Krebs charakteristische Anordnung noch eine Tendenz zur Infiltration tieferer Gebilde zeigten.

12. Massei (Neapel) schreibt: „Es ist mir mehrere Male begegnet, dass die mikroskopische Untersuchung zugunsten eines Papilloms sprach und dass es sich in Wirklichkeit um ein Epitheliom handelte, wie es der weitere Verlauf des Leidens bewies. Aus diesem Grunde lege ich auf gewisse klinische Zeichen grossen Wert. Im Laufe des letzten Jahres habe ich meinen Schülern einen Fall zeigen können, in welchem das Mikroskop auf Papillom schliessen liess, während ich die Diagnose „Epitheliom" stellte. Der Verlauf hat bewiesen, dass ich recht hatte."

13. Monastyrski (St. Petersburg) berichtet folgenden Fall: „Kaufmann, 67 Jahre alt, seit Ende Mai 1887 Atembeschwerden. Unterhalb des linken Stimmbandes breit aufsitzende, an der Oberfläche glatte, sehr weiche Geschwulst von der Grösse einer kleinen Wallnuss. 10. September 1887 Laryngofissio, Entfernung mit dem Messer, Cauterisatio mit Platina candens (von meinem Assistenten Dr. Filing). Wunde geheilt, trägt noch Kanüle. Mehrfach von Dr. Rauchfuss untersucht, bis jetzt kein Recidiv. Mikroskopische Untersuchung, von Prof. M. Affanasjew ausgeführt, gab kein klares Bild; vielleicht Sarkom.“

14. Navratil (Budapest) berichtet einen Fall, in welchem die mikroskopische Untersuchung eines nach der Tracheotomie ausgehusteten Fragments einer vielumstrittenen Neubildung keinen Anhalt für Carcinom bot, während bei der Obduktion ihre krebsige Natur mit Sicherheit festgestellt wurde.

15. Newman (Glasgow) schreibt: „In vier Fällen wurde erst nach der Entfernung fast der ganzen Geschwulst eine Struktur gefunden, welche die wahre Natur der Neubildung (Epitheliom, in einem Falle Sarkom) aufdeckte. Der Rest der Gewebe war zweifelhafter Struktur und erinnerte an schnell wachsende Papillome, in einem Falle an Adenom.“ (Letzterer wird weiterhin ausführlich mitgeteilt. Red.)

16. Schmiegelow (Kopenhagen) schreibt: „Folgenden Fall habe ich in der allerletzten Zeit beobachtet. Eine Patientin, 46 Jahre alt, wurde mir mit der Diagnose: „Carcinoma laryngis“ zur Operation zugesandt. Die Diagnose war infolge von mikroskopischer Untersuchung von endolaryngeal entfernten Stücken der Geschwulst gestellt. Es handelte sich um eine das rechte Taschenband diffus infiltrierende Geschwulst, die seit acht Monaten bestand. Nachdem ich die Geschwulst mittelst Resektion der rechten Hälfte der Cartilago thyreoidea und der rechten Cart. arytaenoidea entfernt hatte (nach vorhergegangener Tracheotomia inferior) zeigte es sich, dass die Geschwulst ein Adenom war. Die Patientin genas, und die Kanüle konnte entfernt werden. Trotzdem, dass das klinische Bild und die mikroskopischen Untersuchungen kleinerer Fragmente der Geschwulst auf einen malignen Tumor hingedeutet hatten, war es also doch eine gutartige Neubildung!“ — (Der Fall wird später in der Revue mensuelle de laryngologie ausführlich erscheinen.)

17. v. Schroetter (Wien) hat Fälle gesehen, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente anfänglich keinen Aufschluss gab, „in denen aber entweder der Verlauf oder die spätere mikroskopische Untersuchung die Richtigkeit der klinischen Diagnose: Carcinom feststellte.“

18. Der Semon'schen Erfahrungen ist bereits in der Einleitung (S. 84) wie in diesem Kapitel Erwähnung getan.

19. Sidlo (Wien) teilt mit, dass er keine Beobachtungen konstatiert habe, denenzufolge die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss gegeben habe.

20. Stoerk (Wien) sagt: „Kneipt man oben vom Integument ein Stück Schleimhaut ab, so findet man die Zeichen nur einer hyperämischen Schleimhaut, geht man aber tiefer oder auf aufgebrochene exulcerierte Mucosa, so findet man immer Krebsbefunde.“

21. Thost (Hamburg), der sich mit dieser Frage in letzter Zeit spezieller beschäftigt hat (s. oben), sagt: „Unterzeichneter hat am 21. Febr. 1888 im ärztlichen Verein zu Hamburg den Kehlkopf des von Stoerk (Wiener med. Wochenschr., No. 39 und 40, 1887) operierten David Franzos aus Tarnopol demonstriert, wo neben Carcinom im vorgelegten makroskopischen und mikroskopischen Präparat Partien sich fanden, die vom Papillom sich nicht unterscheiden lassen und dazu bemerkt: gewisse pathologische Reize, namentlich Tuberkulose, Syphilis und auch Carcinome rufen in der Umgebung der Schleimhaut, die erkrankt ist, circumscripte Wucherungen des Papillarkörpers hervor, die von Papillomen kaum zu unterscheiden sind. Das findet man viel bei Tuberkulose, wie eigene mikroskopische Untersuchungen bei Tuberkulose beweisen. Findet sich ein scheinbares Papillom an einer Stelle und recidiviert wiederholt an derselben Stelle, so handelt es sich um ein in der Tiefe liegendes Carcinom. Probeexzision führt hier sicher irre. Totalexstirpation oder halbseitige ist hier angezeigt.“

22. Des Clinton Wagner'schen einschlägigen Falles ist bereits im Beginne dieses Kapitels (vgl. S. 119) gedacht.

Uebersieht man die vorstehenden Zeugnisse, so scheint sich auf den ersten Blick ein sehr absprechendes Urteil über den Wert der mikroskopischen Untersuchung zu ergeben. Denn fast alle diejenigen, welche sich über die Frage überhaupt geäussert haben, wissen von der Unzuverlässigkeit der Methode zu berichten, und nur wenige, wie B. und E. Fränkel, Hopmann, Stoerk haben ein gutes Wort für sie übrig.

Es wäre aber ganz unrichtig, auf Grund dieser Zeugnisse die Methode zu verurteilen.

In erster Linie muss man sich erinnern, dass die Fragestellung der Sammelforschung nicht so formuliert war, dass die Teilnehmer aufgefordert wurden, ein Gesamturteil über den Wert der Methode abzugeben. Die betreffende Frage lautete vielmehr nur: „Hat der Beobachter Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste gesehen, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?“ — Die zitierten Zeugnisse sind daher nur als Antworten auf diese konkrete Frage aufzufassen, und es ist selbstverständlich nichts weniger als ausgeschlossen, geht vielmehr aus der Form mancher Antworten direkt hervor, dass der Erfahrung des betreffenden Beobachters nach die betreffenden, hierher gehörigen Fälle nur Ausnahmen von der allgemeinen Regel darstellten, derzufolge sich die mikroskopische Untersuchung in solchen Fällen vortrefflich bewährte.

Zweitens darf nicht übersehen werden, dass unter 107 Teilnehmern an der Sammelforschung nur 20 von ungünstigen Erfahrungen zu be-

richten wissen. In Anbetracht des Umstandes, dass sich die mikroskopische Untersuchung in solchen Fällen bis zum vorigen Jahre doch unzweifelhaft anerkannten Bürgerrechts erfreut hat, dürfte es wohl nicht vermessen sein, auch aus der verhältnismässig kleinen Zahl derjenigen, die Beweise von der Fehlbarkeit des Mikroskops erhalten haben, den Schluss zu ziehen, dass diese Fehlbarkeit sich verhältnismässig nur in Ausnahmefällen dokumentiert hat.

Die allgemeinen, praktischen Schlüsse, die wir daher hinsichtlich des Wertes der Methode für die hier in Rede stehenden Fälle ziehen möchten, sind folgende:

Die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente in Fällen zweifelhafter Kehlkopfneubildungen ist eine wertvolle, aber nicht unfehlbare Hilfsmethode der klinischen Diagnose. Sie sollte in allen Fällen vorgenommen werden, in denen sie möglich ist. Dies ist durchaus nicht immer der Fall, da z. B. in Fällen submukösen, infiltrierenden Carcinoms eine intralaryngeale Entfernung von Fragmenten nicht vorgenommen werden kann. Ist eine solche Entfernung überhaupt statthaft, so vergesse man nie: 1. dass die Untersuchung nicht notwendiger Weise für irgend eine Geschwulstform überhaupt charakteristische Ergebnisse liefern muss; 2. dass, selbst wenn die Untersuchung anscheinend charakteristische Resultate liefert, die Möglichkeit einer **Misch**geschwulst im Auge behalten werden muss. Dies gilt besonders in solchen Fällen, in welchen die Neubildung **klinisch** verdächtig ist und das Mikroskop anscheinend Beweise für ihre Gutartigkeit liefert. Aber auch das Umgekehrte ist möglich, wie es der Schmiegelow'sche Fall (s. o. No. 16) lehrt. Es wird sich daher stets empfehlen, die mikroskopische Untersuchung, wenn irgend möglich, in diesen Fällen von einem erfahrenen pathologischen Anatomen vornehmen zu lassen. Derselbe kann aber nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krankheit selbst geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment **positive** Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Die Untersuchung darf sich nicht auf die Betrachtung eines einzelnen Schnittes beschränken, sondern muss das ganze, in feine Schnitte zerlegte Fragment in ihr Bereich ziehen, falls sich nicht schon vorher die Diagnose der Malignität mit Sicherheit stellen lässt. Erforderlichenfalls ist die vorsichtige intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung von Fragmenten zweifelhafter Geschwülste mehrere Male zu wiederholen, **ausser wenn in der Zwischenzeit klinische Symptome, welche sich nicht mit unseren gegenwärtigen Kenntnissen von der Symptomatologie gutartiger Geschwülste vereinbaren lassen, den bösartigen Charakter der zweifelhaften Neu-**

bildung mit Sicherheit feststellen. In solchen Fällen ist eine anderweitig indizierte Radikaloperation **nicht** bis zur Bestätigung der Diagnose durch das Mikroskop zu vertagen.

Bei der Beobachtung dieser Vorsichtsmassregeln dürfte der mikroskopischen Untersuchung die ihr gebührende Stellung bei der Diagnose zweifelhafter Kehlkopfgeschwülste gesichert bleiben. Der wenigen merkwürdigen Fälle, in welchen, obwohl die mikroskopische Untersuchung Krebs ergab, intralaryngeale Operationen dauernde Heilung herbeiführten, wird weiterhin ausführlich gedacht werden.

VI. Sonstige differentialdiagnostische Anhaltspunkte (Alter, Heredität, Schmerz, Druckempfindlichkeit, Lymphdrüsenschwellung, Heiserkeit, Dyspnoe, Dysphagie, vermehrte Schleimabsonderung).

Gegenüber der Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung in bei weitem erster, der eventuellen mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente in zweiter Stelle nehmen alle sonstigen differentialdiagnostischen Anhaltspunkte — allenfalls mit Ausnahme des Alters des Patienten — in den frühen Stadien zweifelhafter Fälle nur einen sehr bescheidenen Rang ein, und dürfen ausserdem teilweise nur mit grosser Vorsicht verwertet werden. Denn nichts führt leichter zu Irrtümern, als sich in solchen Fällen, in welchen der objektive Befund zur sicheren Stellung der Diagnose nicht ausreicht, auf subjektive Angaben der Patienten selbst zu verlassen, wie sie in Antworten auf Fragen hinsichtlich etwaigen Schmerzes, Druckempfindlichkeit, Kurzatmigkeit, Schlingbeschwerden etc. ihren Ausdruck finden. Andererseits aber dürfen diese Punkte natürlich nicht vernachlässigt werden, und aus diesem Grunde mögen folgende Bemerkungen über dieselben hier eine Stelle finden.

1. Alter. Der wertvollste differentialdiagnostische Anhalt (immer abgesehen natürlich von der laryngoskopischen, resp. mikroskopischen Diagnose) von allen genannten Punkten wird durch das Alter des Kranken gegeben. Es ist freilich richtig, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste zu irgend einer Periode des menschlichen Lebens von der intrauterinen[1]) Existenz an bis zum hohen Greisenalter[2]) entstehen können, während andererseits bösartige Kehlkopfgeschwülste bereits zur Zeit frühen Kindesalters beobachtet worden sind[3]); im allgemeinen aber wird man nicht fehlgehen, wenn man in Fällen, in welchen die Anamnese, resp. eigene oder verlässlich fremde, frühere Untersuchung auf die Entstehung des Leidens nach dem 35. Lebensjahre hinweist, an die Möglichkeit, in Fällen, in welchen die Krankengeschichte die Entstehung des

---

1) Vgl. Arthur Edis, Transactions of the Obstetrical Society. Vol. XVIII. p. 2.
2) Vgl. Morell Mackenzie, Krankheiten des Halses und der Nase. Vol. I. Deutsche Ausgabe. p. 409.
3) Vgl. Rehn, Virchow's Archiv. Bd. 43. S. 129; v. Ziemssen, Spez. Pathologie und Therapie. IV. p. 400. 1876.

Leidens nach dem 50. Lebensjahre etabliert, an die grössere Wahrscheinlichkeit der Bösartigkeit der vorliegenden Kehlkopfgeschwulst denkt. Denn wenn auch, wie eben erwähnt, gutartige Kehlkopfgeschwülste zu jeder Lebensperiode entstehen können, so lehrt doch die Erfahrung, dass es hauptsächlich die erste Lebenshälfte, von der Geburt bis zum etwa 40. bis 50. Jahre, ist, in welcher gutartige Kehlkopfneoplasmen zu entstehen pflegen, während umgekehrt, obwohl die erste Lebenshälfte durchaus keine Immunität gegen bösartige Kehlkopfgeschwülste besitzt, die ungeheure Majorität letzterer erst nach dem 45.—50. Lebensjahre zu entstehen pflegt.

Absichtlich ist auf das Wort „entstehen" in diesen Ausführungen grosser Nachdruck gelegt worden, denn es handelt sich für die Differentialdiagnose nicht so sehr um das Alter, in welchem der Kranke zur Beobachtung kommt, als um dasjenige, in welchem das Leiden, so weit zu ermitteln, entstanden ist. Nicht eben selten suchen Patienten, wenn sie sonst keine Beschwerden haben, erst nach vieljähriger Heiserkeit den Arzt auf, und die blosse Entdeckung einer Kehlkopfgeschwulst unter solchen Umständen bei einem etwa 50jährigen Patienten wird natürlich weniger ernste Befürchtungen erregen, als wenn die Anamnese auf eine ganz neuerliche Entstehung derselben hinweist.

Die grössten Schwierigkeiten in der Altersfrage wird selbstverständlich die Dekade zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre bieten, welche gewissermassen gutartigen und bösartigen Kehlkopfgeschwülsten gemeinsam ist. Aber auch bei in früheren wie in späteren Lebensperioden zur Beobachtung kommenden Geschwülsten vergesse man nicht, dass das Alter des Kranken, wenn es auch einen sehr wertvollen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt bietet, nie Anspruch auf absolute Zuverlässigkeit in diagnostischer Beziehung machen kann[1])!

2. Heredität. Die Frage der Heredität beim Kehlkopfkrebs ist als eine noch durchaus offene zu bezeichnen. Sie findet sich kaum irgendwo erwähnt, dürfte aber weiteres Studium verdienen. Unter den 56 Fällen des Herausgebers war einmal der Vater eines Kranken an einer „bösartigen Geschwulst im Halse" zugrunde gegangen, einmal zwei Schwestern einer Patientin an Uterus- resp. Mammacarcinom gestorben. In mehreren anderen Fällen hatten entferntere Familienmitglieder an Krebs gelitten. Derartige Dinge verdienen immerhin Berücksichtigung, wenn ihnen auch selbstverständlich keine übertriebene oder gar ausschlaggebende Bedeutung beigelegt werden darf.

[Es mag hier erwähnt werden, dass das Geschlecht der Leidenden keinen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt bietet, da sowohl gutartige wie bösartige Kehlkopfneubildungen nach den übereinstimmenden Erfahrungen aller Autoren bei Männern weit häufiger sind, als bei Frauen.]

---

1) Der Herausgeber hat niemals eine gutartige Kehlkopfgeschwulst gesehen, die nach dem 45. Lebensjahre entstanden wäre. Von seinen 56 tabellierten Kehlkopfkrebsfällen (vgl. Tabelle, No. 93) hatten in 55 die Kranken beim Beginne des Leidens das 45. Lebensjahr überschritten; in 1 aber begann das Leiden mit aller Bestimmtheit im 26. Lebensjahre.

3. Schmerz. — Mit der Frage des Schmerzes in differentialdiagnostischer Beziehung ist es eine eigentümliche Sache. Erstens einmal kann, wie erst kürzlich im Centralblatt hervorgehoben worden ist (dieser Jahrgang, S. 50), der Schmerz beim Kehlkopfkrebs entweder bis zum Ende ganz fehlen, oder so unbedeutend resp. temporär vorhanden sein, dass er einen der wenigst hervortretenden Züge des Krankheitsbildes darstellt. Man wird also aus dem Mangel des Schmerzes bei einer zweifelhaften Kehlkopfneubildung durchaus nicht den Rückschluss ziehen können, dass dieselbe gutartig sein müsse.

Andererseits ist nun freilich bei bösartigen Kehlkopfneubildungen manchmal schon zu einer sehr frühzeitigen Periode entschiedener Schmerz vorhanden, und zwar wahrscheinlich immer dann, wenn eine der sensiblen Endausbreitungen des inneren Astes des N. laryngeus superior in den pathologischen Prozess einbezogen wird und vor ihrer Zerstörung einen Reizzustand durchzumachen hat. Dass unter diesen Umständen auch eine Irradiation der Reizung der Laryngeusfasern auf den N. auricularis vagi stattfinden und sich in Ausstrahlung der im Halse vorhandenen Schmerzen in die Tiefe eines oder beider Ohren äussern kann, ist selbstverständlich. Und tatsächlich findet sich, wie v. Ziemssen sehr richtig angibt[1]), in die Ohren ausstrahlender Schmerz nicht selten schon zu einer frühzeitigen Periode des Kehlkopfkrebses. Aber es muss hier daran erinnert werden, dass 1. ein solcher Schmerz nicht für den Kehlkopfkrebs pathognomonisch ist, sondern bei allen Affektionen vorkommen kann und tatsächlich öfters vorkommt, bei welchen sich Erregungszustände des Nervus laryngeus superior entwickeln können, und dass 2. gelegentlich auch in Fällen von gutartigen Neubildungen von nervösen und ängstlichen Patienten über Sensationen im Halse geklagt wird, die, bald direkt als schmerzhaft[2]), bald als mit schmerzhaften Empfindungen nahe verwandt (Fremdkörpergefühl, Irritation etc.) bezeichnet werden. Das Vorhandensein von Schmerz wird daher nur mit grösster Vorsicht für die Differentialdiagnose verwertet werden dürfen.

Ganz ähnlich steht es mit der:

4. Empfindlichkeit auf Druck. — Es ist unbestreitbar, dass manche an Kehlkopfkrebs leidende Patienten schon in sehr frühen Stadien der Krankheit mit grösster Bestimmtheit angeben, dass die erkrankte Seite bei Druck auf die entsprechende Kehlkopfhälfte empfindlicher ist, als die andere. Aber einerseits gibt es eine ganze Reihe von sonst gesunden Menschen, die einen — zumal in der Nähe der Eintrittsstelle des inneren Astes des N. laryngeus superior in das Kehlkopfinnere — auf den Kehlkopf ausgeübten Druck als direkt schmerzhaft empfinden; andererseits sieht man so oft bei Fällen sicher festgestellten einseitigen Krebses, dass die Patienten selbst zweifelhaft sind, an welcher Seite sie

---

1) l. c. p. 403.
2) Mackenzie, l. c. p. 412.

äusseren Druck mehr verspüren, dass auch von diesem Anhaltspunkt nur ein sehr vorsichtiger Gebrauch gemacht werden darf.

5. Lymphdrüsenschwellungen haben kaum irgend welchen Wert für die frühzeitige Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfneubildungen. Abgesehen davon, dass sie selbst bei letzteren bis zum Lebensende völlig fehlen können, wie jetzt wohl allseitig zugestanden wird, kommen sie beim echten internen Kehlkopfkrebs gewöhnlich erst sehr spät[1]), d. h. zu einer Periode der Beobachtung, in welcher differentialdiagnostische Zweifel darüber, ob die Neubildung eine gutartige sei, kaum mehr gehegt werden können. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass man selbst in Fällen unzweifelhaften Kehlkopf- (und auch Nasen-) Krebses durchaus nicht berechtigt ist, jede etwa am Halse vorhandene Lymphdrüsenschwellung ohne weiteres als Resultat carcinomatöser Infektion aufzufassen! — Es kommt in solchen Fällen bisweilen infolge unbedeutender akuter Komplikationen (Angina, Tonsillitis usw.) zu einer sehr bedeutenden Schwellung der unter den Sterno-cleido-mastoidei gelegenen Drüsen, die nach Ablauf der interkurrenten Affektion wieder vollständig verschwinden kann[2]). Da diese Drüsen aber gerade diejenigen sind, in welchen sich wirkliche Metastasen des Kehlkopfkrebses zuerst zu manifestieren pflegen, so ist für den Beobachter, der den Kranken zufällig zum ersten Male gerade zur Zeit der akuten Komplikation, resp. kurz nach derselben, zu Gesicht bekommt, eine mögliche Irrtumsquelle gegeben.

6. Heiserkeit wird selbstverständlich bei gutartigen ebenso wie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zur Beobachtung kommen, wenn die Neubildung die freie Beweglichkeit, resp. Schwingungsfähigkeit der Stimmbänder beeinträchtigt. Es ist bereits erwähnt worden (vgl. S. 112), dass, den Beobachtungen des Herausgebers zufolge, Stimmbandkrebse zu irgend einer Periode ihres Bestehens ein verhältnismässig grösseres Mass von Heiserkeit, resp. Aphonie zu verursachen scheinen, als entsprechend grosse, ebenso situierte Neubildungen gutartiger Natur, und dass er dies durch die bereits bestehende, wenn auch noch nicht in die Erscheinung tretende Infiltration des Mutterbodens erklären möchte. Indessen muss, wie ebendaselbst hervorgehoben worden ist, die Bestätigung dieser Angabe — von der auch Ausnahmen vorzukommen scheinen — der Prüfung anderer Beobachter vorbehalten bleiben.

7. Dyspnoë wird wohl nur in den seltensten Fällen als differentialdiagnostischer Anhaltspunkt verwertet werden können. Sie fehlt bei bösartigen, wie bei gutartigen Neubildungen, so lange beide das Lumen des

---

1) Ueber die Gründe hierfür vgl. Semon, Brit. Med. Journal. 1880. I. 281 und Pathol. Transactions. Vol. XXXI. 55; Krishaber, Gaz. Hebd. 1879. 540: Butlin, Malignant Disease of the Larynx. p. 44 ff.

2) Vgl. die im nächsten Bande der Transactions of the Clinical Society erfolgende Beschreibung des im Leitartikel der Dezember-Nummer 1888, p. 284, 285 erwähnten, mittlerweile (am 11. Januar 1889) vor der Clinical Society of London demonstrierten Falles des Herausgebers.

Kehlkopfs nicht in ausgiebigerem Masse beeinträchtigen, und ist bei beiden vorhanden, wenn sie dies tun. In einem vereinzelten Falle hat der Herausgeber in einem frühen Stadium eines Stimmbandkrebses wiederholte, sehr bedrohliche Kehlkopfkrämpfe beobachtet. Die ödematöse Schwellung der Umgebung, welche bei bösartigen Neubildungen so oft zur Beobachtung kommt und welche die Kurzatmigkeit verstärken kann, tritt fast immer erst in Stadien auf, in welchen die Differentialdiagnose zwischen Gutartigkeit und Bösartigkeit nicht länger zweifelhaft ist. Auch darf die Möglichkeit einer Komplikation einer gutartigen Kehlkopfneubildung mit akuter Laryngitis und starker, vielleicht ödematöser Schwellung der Umgebung, bei welcher ein ähnliches Bild und Zunahme der Dyspnoë zustande kommen kann, nicht ausser Augen gelassen werden.

8. Dysphagie. — Dies Symptom kann beiden Klassen von Kehlkopfneubildungen gemeinsam sein, wenn dieselben an der Epiglottis sitzen und eine bestimmte Grösse erreicht haben. Von einer Verwechselung des Epiglottiskrebses mit einer gutartigen Neubildung dieses Teils aber wird, wie schon erwähnt (vgl. p. 101) und wie durch die Erfahrung bewiesen (vgl. p. 108) nur in den allerseltensten Fällen die Rede sein können. Andererseits mag bei kleinen internen Kehlkopfkrebsen durch Reizung des Laryngeus superior und Irradiation Schlingschmerz zustande kommen, und in seltenen Fällen wird tatsächlich über solchen schon zu einer frühen Periode geklagt. Aber auch dieses Symptom ist für die Differentialdiagnose nur sehr vorsichtig zu verwerten: Der Herausgeber hat selbst zwei Fälle unzweifelhaft gutartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in welchen es neben der Klage über Heiserkeit die über Schlingbeschwerden war, die die Patienten zu ihm führte. In einem derselben verschwanden die Beschwerden nach der Exstirpation der Neubildung (eines kleinen Fibroms am Stimmbandrande) völlig; im anderen (dem p. 119 erwähnten) kommt die Patientin noch jetzt — fast zwei Jahre nach der letzten Exstirpation und ohne irgend welche sichtbaren Veränderungen im Kehlkopf — gelegentlich mit der Klage über zeitweilig vorhandene Schwierigkeiten und Schmerzen beim Schlingen.

9. Vermehrte Schleimabsonderung. — In manchen Fällen von internem Kehlkopfkrebs bildet bereits vor der Ulcerationsperiode die Klage über vermehrte Absonderung von Schleim einen der Gründe, welche den Patienten zum Arzt führen, während umgekehrt bei gutartigen Neubildungen öfters trockener Husten und Räuspern mit dem Wunsch nach Expektoration usw. vorhanden ist. Aber auch diese Differenz ist zu inkonstant, als dass man in ihr ein verlässliches differentialdiagnostisches Moment erblicken könnte.

Aus dem Vorstehenden dürfte sich die allgemeine Regel ziehen lassen, dass die sämtlichen in diesem Kapitel genannten Anhaltspunkte nicht auf unbedingte Zuverlässigkeit Anspruch machen können, sondern nur mit grösster Reserve für die Differentialdiagnose verwertet werden dürfen.

VII. Die Frage des Ueberganges gutartiger Geschwülste in bösartige. Prinzipien der Analyse der Sammelforschung. Diagnostische Irrtümer.

Nachdem in den vorhergehenden Abschnitten die Anhaltspunkte besprochen worden sind, welche nach den in der Literatur unseres Faches niedergelegten Angaben, nach den Mitteilungen der Kollegen, welche sich an der Sammelforschung beteiligt haben, und nach den persönlichen Erfahrungen des Herausgebers im gegenwärtigen Augenblicke zur Sicherung der Diagnose bei zweifelhaften Kehlkopfgeschwülsten beizutragen vermögen, erübrigt es nunmehr, ehe wir zur Analyse des eingesandten Materials, resp. zu der Entscheidung darüber kommen, ob die einzelnen eingelieferten Fälle als wirkliche Beispiele von Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige zu betrachten sind, in Kürze die allgemeine Frage zu erörtern: ob ein solcher Uebergang — die Frage seiner Ursache für den Augenblick ganz bei Seite gelassen — überhaupt vorkommen kann?

Eine derartige Erörterung ist um so notwendiger, als schon in dieser Kardinalfrage die Meinungen weit auseinander gehen.

Bereits in der Einleitung (vgl. Ss. 74, 76, 79 u. a. a. O.) sind die Namen verschiedener Autoren gegeben worden, die die Möglichkeit einer solchen Umwandlung direkt zugegeben, resp. selbst anscheinend hierhergehörige Fälle berichtet haben. Im weiteren Verlaufe dieses Artikels (vgl. Ss. 80, 88, 89 usw.) ist auf Aeusserungen anderer Laryngologen Bezug genommen worden, die diese Möglichkeit vom allgemein pathologischen Standpunkte aus nicht bestreiten wollen.

Diesen Ansichten gegenüber steht die oben zitierte Angabe Virchow's (vgl. S. 121), dass die Degeneration der Geschwülste „von den meisten neueren Beobachtern geleugnet worden sei". — Ferner erinnern wir an Gerhardt's kürzlich getanene Aeusserung[1]), dass „diese ganze Umwandlungslehre eine Glaubenssache Weniger sei". — Schon vor vielen Jahren sprach Billroth (vgl. weiterhin) von der Umwandlung von Schleimpolypen in bösartige Geschwülste als einer „durch Tradition vererbten Mythe". — Mehrere Teilnehmer an der Sammelforschung haben brieflich ähnliche Ansichten ausgedrückt.

Kurz: wir stehen hier vor einer erheblichen Differenz der Ansichten.

Wie die Zitate im Beginne dieser Arbeit zeigen (vgl. Ss. 78, 82) hat der Herausgeber vom ersten Auftauchen der ganzen Frage zu denjenigen gehört, welche die Möglichkeit eines derartigen Ueberganges vom allgemein pathologischen Standpunkte aus unumwunden zugeben. Die ganze Einteilung der Geschwülste in „gutartige" und „bösartige" ist ja eine mehr oder minder konventionelle und entspricht nur klinischen, nicht wissenschaftlichen Bedürfnissen. Wenn wir aber mit Virchow[2]) die

1) Die Krankheit Kaiser Friedrichs III. 1888. S. 14.
2) Die krankhaften Geschwülste. Bd. I. S. 31.

„gutartigen" Geschwülste im allgemeinen als homologe, d. h. „in die Klasse der Hyperplasien, der blossen Wucherungen des normalen Gewebes gehörend" definieren, so ist in der Tat theoretisch nicht abzusehen, warum nicht in einem hyperplastisch veränderten Gewebe ebensogut eine „bösartige" (heterologe) Veränderung, d. h. eine neue Bildung, deren Typus dem des normal an der betreffenden Stelle vorhandenen Gewebes nicht entspricht — vorkommen können soll, als in demselben, nur nicht hyperplastisch gewordenen Gewebe? Das dürfte theoretisch kaum bestreitbar sein.

Aber denjenigen, welche an die Möglichkeit solcher Metamorphosen glauben, steht mehr zur Seite, als theoretische Raisonnements.

Wir erinnern hier in erster Stelle an die feststehende Tatsache[1]), dass sich das Carcinom der Glandula thyreoidea weit häufiger in kropfig entarteten, d. h. hyperplastisch und später anderweitig metamorphosierten Schilddrüsen entwickelt, als in normalen, so dass Virchow[2]) sogar meint, man würde „vielleicht eine gewisse Prädisposition der strumösen Drüse" zur carcinomatösen Degeneration anerkennen müssen.

Wir gedenken zweitens der Melanome der Haut und anderer Teile, die „bis zu gewissen Stadien hin sich als hyperplastische Entwickelungen von pigmentiertem Bindegewebe darstellen und erst auf einer gewissen Entwickelungshöhe den sarkomatösen Charakter annehmen[3])". [Die echten Naevi carnosi, aus denen in späteren Jahren öfters Sarkome oder Carcinome werden, gehören kaum hierher, da sie schon in ihrer Anlage, genau genommen, „unvollständig entwickelte Sarkome"[4]) darstellen.]

Drittens endlich ist hier zu nennen die Transformation der Schleimpolypen in bösartige (krebsige oder sarkomatöse) Tumoren. Ein absolut überzeugender Fall der Art, der wohl Allen, die das Präparat gesehen, in frischer Erinnerung sein wird, wurde von unserem verehrten Mitarbeiter L. Bayer (Brüssel) der Sektion für Laryngologie und Rhinologie der 59. deutschen Naturforscherversammlung (Berlin, 1886) vorgelegt. Der Wichtigkeit der Sache halber rekapitulieren wir die Ausführungen des Vortragenden[5]) hier wörtlich:

„Seit Billroth's Abhandlung über den Bau der Schleimpolypen (Berlin, 1855), worin er die Metamorphose von Schleimpolypen in bösartige Geschwülste als „eine durch Tradition vererbte Mythe" qualifiziert, wurde dieselbe denn auch von den meisten Autoren in diesem Sinne

1) Vgl. Lücke, Die Krankheiten der Schilddrüse in v. Pitha und Billroth's Chirurgie. Bd. III. Abt. 1. Lief. 6. S. 93. Wölfler, Ueber die Entwickelung und den Bau der Kröpfe im Archiv für klin. Chirurgie. Vol. XXIX. S. 763.

2) l. c. Vol. III. S. 50 ff.

3) Virchow, l. c. Vol. II. S. 123.

4) Virchow, Ibidem. S. 225.

5) Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Berlin, 1886. S. 398. — Die gesperrt gedruckten Worte des Zitats sind im Original nicht gesperrt.

abgehandelt. Michel (1876) ist der erste, welcher einen Fall anführt, in welchem es unzweifelhaft erschien, dass gewöhnliche Polypen sich zu bösartigen Tumoren umgewandelt hatten. Einen weiteren Fall beschreibt Hopmann (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1885). Näher auf die Sache geht Schmiegelow (Revue mensuelle d'otologie et de laryngologie etc., 1885) ein, und führt einige von Schaeffer beobachtete Fälle zum Beleg an. Aber leider vermisst man bei all' den angeführten Fällen immer noch dies und jenes, was notwendig ist, um den vollständigen Beweis zu führen. Ich habe nun Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, und lege Ihnen, meine Herren, das Präparat davon vor, wo die notwendigen Bedingungen erfüllt sind, um das Vorkommen dieser Umwandlung zu beweisen. Dasselbe stammt von einem 50 Jahre alten Patienten, welcher mich wegen einer Geschwulst in der Nase im Juli 1884 konsultierte, behufs deren Entfernung sein Arzt eine Radikaloperation mit Spaltung der Nase vornehmen wolle. Ich fand rechts vom Dache der Nase bis in's Niveau der unteren Muschel eine Geschwulst herabhängend, welche in ihrem unteren Teile ulcerös und körnig granulös erscheint und bei der geringsten Berührung blutet. Nach ihrer Basis zu ist dieselbe gelblich durchscheinend nach Art gewöhnlicher Schleimpolypen. Ich glaubte vorerst von einer Radikaloperation absehen zu können und nahm denn auch die Entfernung der Geschwulst mit der kalten Schlinge vor, welche genau an ihrer Ansatzstelle abgerissen wurde. Ein paar Tage darauf war keine Spur mehr von einer früher vorhandenen Geschwulst zu erkennen, und Patient befindet sich bis heute gut und hat nie ein Recidiv bekommen."

„Wenn Sie nun, meine Herren, das Präparat untersuchen, so sehen Sie auf einem gewöhnlichen Schleimpolypen mit breiter Basis eine Zottengeschwulst aufsitzen, welche sich mikroskopisch als Zottenkrebs herausstellt."

Zwei Momente sind es, welche im vorliegenden Falle massgebend erscheinen: erstens die bösartige Natur der Zottengeschwulst und zweitens das Ausbleiben eines Recidivs, das dafür bürgt, dass der Ausgangspunkt des Zottenkrebses der Schleimhautpolyp, und die Insertionsstelle intakt von bösartiger Infiltrierung war."

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass Bayer gleichzeitig ein anderes Präparat zeigte, in welchem es sich um seit 20 Jahren bestehende, mit Epithelialcarcinom kombinierte und auch schon in die krebsige Entartung hineingezogene Schleimpolypen der Nase handelte. In diesem Falle war die Frage, wo der Krebs seinen Ursprung genommen, nicht mit Bestimmtheit zu beantworten. Es mochte sein, dass er von einem Schleimpolypen ausgegangen war, andererseits konnte die Möglichkeit nicht in Abrede gestellt werden, dass er unabhängig von den Schleimpolypen in der Nasenhöhle seinen Ursprung genommen hatte.

Wie dem aber auch sein möge: jedenfalls was das erste von Bayer vorgelegte Präparat so überzeugender Natur, dass selbst der ärgste Skep-

tiker sich nicht der Tatsache verschliessen konnte, dass in diesem Falle eine bösartige Geschwulst von einer gutartigen ihren Ursprung genommen hatte.

Es sind im Vorstehenden absichtlich solche Beispiele gewählt worden, in welchen die Transformation verschiedenartiger, hyperplastisch veränderter Gewebe (Drüsen-, Binde-, Schleimgewebe) in bösartige Neubildungen keinem Zweifel unterliegen kann.

Da die Neubildungen des Kehlkopfs, ebenso wie die Krankheiten dieses Organs im Allgemeinen, sich in keiner Weise fundamental verschieden von den analogen Leiden ähnlicher Gewebe oder Gewebselemente in anderen Teilen des Körpers verhalten[1], so ist a priori nicht der geringste Grund abzusehen, warum nicht auch im Kehlkopf gelegentlich ebensogut, wie in den oben genannten Teilen, Transformationen von Drüsen-Bindegewebs-Schleimgeschwülsten etc. in bösartige Tumoren vorkommen sollen.

Das Alles ist eigentlich selbstverständlich, musste aber doch nach den genannten Erfahrungen (vgl. Einleitung S. 87) hier noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden, um den Herausgeber, wenn er im Folgenden jeden einzelnen der eingesandten Fälle kritischer Erwägung unterzieht und hierbei öfters Zweifel hinsichtlich der Auffassung des betreffenden Falles auszudrücken hat, gegen die Möglichkeit des Vorwurfs zu verwahren, dass er an seine Aufgabe mit irgend welcher Voreingenommenheit gegangen sei. Ein solcher Vorwurf würde jeder tatsächlichen Grundlage entbehren. Der Herausgeber hat niemals die Möglichkeit eines Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in Abrede gestellt und ist stets völlig bereit gewesen, berichtete Fälle eines solchen Uebergangs im Sinne der Anschauung ihrer Autoren aufzufassen — vorausgesetzt, dass der betreffenden Anschauung wirklich überzeugende Gründe zur Seite standen, oder dass die Motivierung des betreffenden Autors es zum wenigsten wahrscheinlich machte, dass es sich in der Tat um eine Umwandlung und nicht um einen diagnostischen Irrtum gehandelt hat.

Aber diesen Beweis zu führen, diese Wahrscheinlichkeitsgründe beizubringen ist nicht leicht.

Der blosse laryngoskopische Befund genügt nicht. Es ist im Abschnitt IV dieser Arbeit auseinandergesetzt worden, dass bisweilen bösartige Kehlkopfgeschwülste so täuschend unter dem Bilde von gutartigen verlaufen, dass Angaben, wie z. B. „der Kehlkopf zeigte sich mit weissen, blumenkohlähnlichen Massen fast ganz erfüllt", oder „am linken Stimmbande zeigte sich eine blassrötliche, wohlumschriebene, erbsengrosse Warze" — ganz und gar nicht als Beweise der anfänglichen Gutartigkeit angesehen werden dürfen.

Ebensowenig genügt, nach dem, was im Kapitel V über die Fehlerquellen der mikroskopischen Untersuchung und über die Mischgeschwülste

[1] Vgl. J. Solis Cohen, Diseases of the Throat etc. Second edition. 1879. p. 1.

dargelegt worden ist, der negative Befund der mikroskopischen Untersuchung eines einzelnen oder einiger weniger Schnitte aus einer zweifelhaften Neubildung, um dieselbe als gutartig zu erklären, und selbst wiederholte Untersuchungen einzelner Fragmente schützen, wie z. B. der Sokolowski'sche Fall zeigt (vgl. S. 125), nicht gegen diagnostische Irrtümer. Umgekehrt hat bereits der Schmiegelow'sche Fall (S. 130) gelehrt, dass mikroskopische Untersuchungen kleinerer Fragmente irrtümlich auf einen malignen Tumor hindeuten können, während es sich in Wahrheit um eine gutartige Geschwulst handelt. Wir sind jetzt in der Lage, eine weitere, äusserst interessante Bestätigung dafür zu geben, dass selbst die erfahrensten pathologischen Anatomen in dieser Hinsicht gegen Irrtümer nicht geschützt sind. (Vgl. den gleich unten folgenden Beschorner-schen Fall.) Das anfänglich negative, später positive Resultat vereinzelter mikroskopischer Untersuchungen einzelner Schnitte aus kleineren Fragmenten genügt also auch nicht, um mit Bestimmtheit auf eine Umwandlung schliessen zu lassen, denn es kann sich sehr wohl von Anfang an um eine Mischgeschwulst gehandelt haben.

Ebenso ist endlich gezeigt worden (vgl. Kapitel VI), dass Anhaltspunkte, wie Alter des Patienten, Schmerz, Heiserkeit, Dyspnoë, Dysphagie etc. an sich durchaus nicht sichere Rückschlüsse auf die Natur der Geschwulst, resp. eine stattgehabte Umwandlung erlauben.

Aus alledem geht klar hervor, dass es viel leichter ist, eine Reihe von Fällen als wahrscheinlich nicht in die Kategorie der Umwandlungen gehörend, resp. als mehr oder minder zweifelhaft zu bezeichnen, als von einem Falle mit Bestimmtheit zu sagen, dass es sich in ihm um eine Umwandlung gehandelt haben muss.

Zwei Kriterien könnten vom theoretischen Standpunkt aus aufgestellt werden, welche ziemliche Sicherheit in dieser Beziehung gewährleisteten, nämlich:

1. eine Länge des Verlaufs in dem betreffenden Falle, welche das von zuverlässigen Beobachtern festgestellte Maximum der Dauer des Kehlkopfkrebses um ein beträchtliches überschritte;

2. die mikroskopische Wahrnehmung, dass mit jedem neuen Recidive die ursprünglich völlig gutartige Neubildung intensiver in Wucherung geraten sei und sich mehr und mehr dem Charakter einer atypischen Geschwulst genähert habe, bis schliesslich ihr Uebergreifen in die Tiefe auf die unterliegenden Gewebe und hiermit ihre Bösartigkeit definitiv festgestellt werden konnte[1]). Klinisch würde dem vielleicht entsprechen, dass die zuerst verhältnismässig in längeren Intervallen auftretenden Recidive allmählich in kürzeren und kürzeren Zwischenräumen erfolgten, bis endlich das Recidiv ein fast kontinuierliches wurde.

---

1) Vgl. hierzu Paul Bruns: Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. 1878. S. 142ff. O. Beschorner, Berliner klinische Wochenschrift. 1877. No. 14.

Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass das erste der genannten Kriterien sowohl bei anscheinenden Fällen spontanen Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige in Anwendung gezogen werden dürfte, wie bei Fällen, in welchen dieser Uebergang nach Operationen zustande gekommen sein soll, während selbstverständlich das zweite nur in Fällen wiederholter intra- oder extralaryngealer Operationen mit Entfernung der fraglichen Geschwulst benutzt werden könnte.

Was die Länge der Zeit anbelangt, die ein diagnostisches Kriterium bilden soll, so ist dem Herausgeber kein einziger authentischer Fall bekannt, in welchem ein interner Kehlkopfkrebs mehr als $6^3/_4$ Jahre von der Zeit der ersten Symptome bis zum Lebensende in Anspruch genommen hat. v. Ziemssen[1]) erwähnt allerdings, dass unter 28 von ihm gesammelten Fällen, bei denen genauere Angaben über die Dauer des Gesamtleidens sich fanden, einmal einmal eine zehn- und einmal gar eine fünfzehnjährige Dauer berichtet worden ist. Aber es fehlen Verweise auf die Quellen, aus denen diese Angaben geschöpft sind und nach allem, was sonst aus der fachgenössischen Literatur bekannt ist, wie nach seinen eigenen Erfahrungen möchte sich der Herausgeber die Vermutung erlauben, dass die befremdliche Länge der Gesamtdauer in den beiden letztgenannten Fällen auf Angaben der Patienten hinsichtlich seit so langer Zeit bestehender Heiserkeit oder anderer Symptome zurückzuführen sein dürfte, welche nicht ohne weiteres als Beweise dafür angenommen werden können, dass das bösartige Leiden selbst schon seit so langer Zeit bestanden habe. Diejenigen Beobachter, welche sich des grössten Materials erfreuen, wissen jedenfalls nichts von einer Dauer des Kehlkopfkrebses anzugeben, welche derjenigen mancher Epithelkrebse der äusseren Haut entspräche. Fauvel[2]) hat unter 37 Fällen internen Kehlkopfkrebses einmal einen Fall gesehen, dessen Dauer sich auf 6 Jahre und 8 Monate belief, und einen anderen von ca. 6jähriger Dauer. — Morell Mackenzie[3]) gibt die Durchschnittsdauer des Kehlkopfepithelioms auf etwa 18 Monate, die des Medullarcarcinoms des Larynx auf etwa 3 Jahre an, und bezweifelt ebenfalls, dass in den beiden von v. Ziemssen erwähnten Fällen von 10—15jähriger Dauer die Affektion von Anfang an maligner Natur gewesen sei. — J. Solis Cohen[4]) gibt die Durchschnittsdauer des Lebens beim Epitheliom als grösser als beim Medullarcarcinom an und beziffert sie auf 2—4 Jahre. — Unter den 56 Fällen des Herausgebers war die Maximaldauer — in einem einzelnen Falle von verhornendem Cancroid beobachtet — $4^1/_4$ Jahre, die Durchschnittsdauer etwa 2 Jahre. —

Kurz: soweit dem Herausgeber bekannt, existieren zuverlässige Be-

1) l. c. S. 408, 409.
2) l. c. S. 866 (Tabelle, Fälle 20 u. 3).
3) l. c. (deutsche Ausgabe) S. 461.
4) l. c. S. 584.

obachtungen von über $6^3/_4$ jähriger Dauer des Kehlkopfkrebses nicht, und selbst diese Dauer scheint eine ganz ausnahmsweise zu sein.

Danach dürfte man mit Wahrscheinlichkeit berechtigt sein, eine Umwandlung anzunehmen, wenn:

1. eine bis dahin anscheinend gutartige Geschwulst, deren achtjähriges oder noch längeres Bestehen laryngoskopisch festgestellt worden ist[1]), nach Verlauf dieser Zeit spontan den klinischen Verlauf einer bösartigen Kehlkopfneubildung zu zeigen beginnt;
2. die Recidive einer für gutartig gehaltenen und wiederholt intra- oder extralaryngeal operierten Geschwulst einen Zeitraum von 8 Jahren oder mehr beanspruchen, bis der klinische Verlauf, resp. die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente eines anscheinenden neuen Recidivs die Bösartigkeit von dessen Natur erweisen.

Mit Bezug auf den letztgenannten Punkt aber dürfte sofort eine wichtige Einschränkung notwendig sein. Nach der Ansicht des Herausgebers sind wir bei operierten Fällen nur dann überhaupt in wissenschaftlichem Sinne berechtigt von einer „Umwandlung“ zu sprechen, wenn innerhalb verhältnismässig kurzer Zeit nach der Operation einer gutartigen Geschwulst ein Recidiv in wohlumschriebener, der ursprünglichen Erscheinung ähnlicher Tumorform auftritt, und sich dies dann öfters mit allmählicher Veränderung des Charakters der Recidive wiederholt, bis schliesslich der bösartige Charakter eines neuen Recidivs evident wird. Zieht sich ein solcher Prozess über die bisher als Maximaldauer primär bösartiger Kehlkopfgeschwülste bekannte Zeit, also 8 Jahre oder mehr hin, so würde die Länge dieser Zeit a priori dagegen sprechen, dass die Geschwulst primär bösartig gewesen sei, und es würde in der Tat am natürlichsten sein, den Prozess als ein Beispiel von „Umwandlung“ aufzufassen.

Erklären könnte man einen solchen Vorgang in der Weise, dass bei der ursprünglichen Operation nicht alles Krankhafte entfernt worden sei, dass eine neue Wucherung der zurückgebliebenen Geschwulstelemente stattgefunden habe, und dass nach mehrfachen erneuten Entfernungen und Recidiven die Geschwulst schliesslich eine atypische geworden sei. Ob diese Umwandlung durch den Reiz der wiederholten Operationen oder durch andere Umstände bedingt worden sei, würde dann eine weitere Frage bilden.

Anders aber scheint doch dem Herausgeber die Sache in solchen Fällen zu liegen, in welchen nach der Entfernung einer sicher oder anscheinend gutartigen Geschwulst eine mehr- oder gar vieljährige Ruhepause eintritt, und sich dann in der Narbe eine unzweifelhaft bösartige Neubildung entwickelt. Denn eine Narbe stellt ein pathologisch unvollkommenes Gewebe dar, und ein solches bildet anerkanntermassen

1) Die Forderung einer laryngoskopischen Untersuchung ist unumgänglich! Die blosse Existenz langjähriger Heiserkeit berechtigt durchaus nicht zu dem Schluss, dass seit langen Jahren eine Geschwulst bestanden habe. (Vgl. Anmerkung S. 126.)

an sich eine Prädilektionsstelle[1]) für die Bildung von Geschwülsten, mag nun die Narbe das Resultat einer zufälligen Verletzung, eines Geschwürs, einer Operation oder irgend einer anderen Ursache von Trennung der Kontinuität des ursprünglichen Gewebes sein.

Ist die Narbe nun durch die Exstirpation einer Geschwulst gesetzt, und entsteht in ihr später eine neue Geschwulst, so kann es, wie Virchow[2]) sehr richtig hervorgehoben hat, „zweifelhaft sein, ob man die neue Geschwulst als Recidiv der alten oder als Erzeugnis der Narbe betrachten soll." — Dieser Zweifel dürfte indessen wohl nur dann eine innere Berechtigung haben, wenn erstens die neue Geschwulst innerhalb des Zeitraums entsteht, in welcher erfahrungsgemäss Recidive ungenügenden Entfernungen zu folgen pflegen, und wenn zweitens die neue Geschwulst histologisch der alten entspricht. Wenn also z. B. der Entfernung eines Sarkoms sechs Monate später eine neue sarkomatöse Geschwulst in der Operationsnarbe folgt, so kann es zweifelhaft sein, ob diese neue Geschwulst ein Recidiv des primären Sarkoms oder ein echtes Narbensarkom darstellt, denn wir wissen, dass in Narben des verschiedensten Ursprungs Sarkome entstehen können. In solchen Fällen dürfte sich also die Entscheidung je nach der Auffassung verschiedener Beobachter verschieden gestalten. Wenn aber fünf oder gar zehn Jahre, nachdem ein Papillom oder ein Fibrom von einer Stelle entfernt worden ist, und nachdem in der Zwischenzeit sich an dieser Stelle absolut keine Zeichen eines pathologischen Prozesses kundgegeben haben, nunmehr in der Narbe der alten Operationswunde ein Sarkom oder ein Carcinom, d. h. eine heterologe Geschwulst entsteht, so kann man — wenigstens nach der Ansicht des Herausgebers — von einem „Recidiv" überhaupt nicht sprechen, da die neue Geschwulst histologisch von der alten verschieden ist, während die Idee einer „Umbildung" etwa zurückgelassener Fragmente der alten Geschwulst ihm im höchsten Grade gezwungen und weit hergeholt erscheint. Denn genau derselbe Vorgang kann sich abspielen und erfolgt tatsächlich öfters, wenn die Narbe nicht das Resultat einer Geschwulstoperation sondern eines Geschwürs ist — man denke nur an die in alten syphilitischen Narben beginnenden Zungenkrebse — und in beiden Fällen scheint ihm die einzig natürliche Erklärung die zu sein, dass sich an der durch die Unvollkommenheit des Narbengewebes gesetzten Prädilektionsstelle entweder durch eine Gelegenheitsursache veranlasst, oder infolge uns noch unbekannter Einflüsse eine heterologe Geschwulst gebildet hat.

Dies ist der Grund, aus dem der Herausgeber gegen einzelne der als Beispiele von „Umbildung" vorgebrachten, uns hier interessierenden Fälle schon früher Front gemacht hat (vgl. S. 89) und aus dem er auch mehrere der neu eingesandten Fälle, z. B. diejenigen Bayer's (vgl. unten X, 2), Fauvel's (vgl. XI, 6) und einen der Fälle Newman's (vgl. X, 10),

1) Vgl. z. B. Uhle und Wagner, Allgemeine Pathologie. V. Aufl. 1872. S. 397.
2) l. c. Vol. II. S. 244.

als eigentlich nicht hierhergehörig betrachten möchte. Nach längerer Erwägung sind dieselben schliesslich in die Tabelle aufgenommen worden, weil in ihnen das unbestreitbare Faktum vorliegt, dass eine gutartige Neubildung schliesslich von einer bösartigen gefolgt war, die sich an derselben Stelle entwickelt hatte, von der die gutartige entfernt worden war, und weil der Herausgeber in einer Zusammenstellung, wie der vorliegenden, nicht seine subjektive Auffassung des Vorgangs den Fachgenossen aufdrängen wollte. Aber es ist dies gewissermassen „unter Protest" geschehen, und diese Frage wird jedenfalls noch Gegenstand weiterer pathologisch-anatomischer Erörterungen werden müssen.

Selbst wenn man jedoch die letzterwähnte Reihe von Fällen, d. h. die Narbengeschwülste, bei Seite lässt, muss zugestanden werden, dass die beiden oben angegebenen Kriterien: Länge des Verlaufs und allmählich atypischerer Charakter der Geschwulst, sowie immer kürzere Intervalle zwischen den einzelnen Recidiven nicht ausreichen, um uns zur Sicherheit über die wahre Natur des bei weitem grösseren Teils der eingesandten Fälle zu verhelfen. Denn was die mikroskopische Untersuchung anbetrifft, so ist dieselbe nur in den allerwenigsten Fällen so oft und so gründlich angestellt worden, dass sich ein bestimmtes Urteil darüber gewinnen liesse, ob in dem betreffenden Falle a) ein diagnostischer Irrtum begangen ist, b) von Anfang an eine Mischgeschwulst vorgelegen, c) eine wirkliche Umwandlung stattgefunden hat. Ganz ähnlich steht es mit den Intervallen zwischen den einzelnen Recidiven, abgesehen davon, dass diese ja auch bei manchen gutartigen Geschwülsten kapriziös verschieden sind. Und hinsichtlich der Länge des Gesamtverlaufs wird man selbstverständlich von vorn herein theoretisch zugeben müssen, dass sich eine wirkliche Umwandlung innerhalb viel kürzerer Zeit, als von 8 Jahren vollziehen könnte! — Die Sache liegt also so: zieht sich der Prozess über mehr als 8 Jahre hin, so ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass es sich in der Tat um eine Umwandlung gehandelt hat; verläuft er innerhalb kürzerer Zeit, so schliesst dies durchaus die Möglichkeit nicht aus, dass eine wirkliche Umwandlung vorgekommen ist.

Da nun aber nur äusserst wenige der eingesandten Fälle einen achtjährigen oder noch länger protrahierten Verlauf gehabt haben, so bleibt nichts übrig, als zu bekennen, dass wir ein allgemeingültiges Kriterium für die Beurteilung aller Fälle anscheinenden Uebergangs gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige gegenwärtig nicht besitzen, dass jeder einzelne Fall individuell beurteilt werden muss, und dass man nur von den allerwenigsten Fällen als „sicher", von den meisten anderen als „mehr oder minder wahrscheinlich", „zweifelhaft" oder „unwahrscheinlich" wird sprechen können. Scharfe Grenzen lassen sich dabei kaum ziehen, und es sind die operativen Fälle in der später folgenden Analyse absichtlich nur in zwei grosse Abteilungen eingeteilt worden, um alle auf mehr oder minder individueller Anschauung beruhenden Unterabteilungen, die zu Rekriminationen Veranlassung geben könnten, zu vermeiden. Es

erschien wünschenswert, wenigstens die beiden Abteilungen: „Sichere resp. wahrscheinliche Fälle“ und „Zweifelhafte Fälle“ zu machen, um doch einigermassen die Uebersicht zu erleichtern. Der Herausgeber verschliesst sich jedoch durchaus nicht der Möglichkeit, dass andere Beurteiler vielleicht den einen oder anderen Fall verschieden aufgefasst und in eine andere Kategorie versetzt haben würden[1]. Er kann nur versichern, dass er nach bestem Wissen vorgegangen ist.

Wie schwer es ist, in diesen Fällen zu einem zuverlässigen Urteil zu gelangen, — dafür dürften wahrscheinlich die folgenden Beispiele diagnostischer Irrtümer, die uns von den betreffenden Kollegen in liberalster und im öffentlichen Interesse dankenswertester Weise zur Verfügung gestellt worden sind, beredter sprechen, als alle theoretischen resp. persönlichen Reflexionen:

1. Der erste der hier folgenden Fälle wurde von Herrn Kollegen O. Beschorner (Dresden) mit zwei anderen, weiter ausführlich mitgeteilten, im Beginne des vorigen Jahres als Beitrag zur Sammelforschung eingesandt. Bereits vorher hatte der Beobachter in der Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden vom 12. März 1887 des Falles Erwähnung getan, und ihn in einem Referat über diese Sitzung in der Septembernummer 1887 der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde usw.“ (vgl. dieselbe, 1887, S. 270 — es ist der erste der dort erwähnten Fälle) kurz beschrieben. Der Fall selbst ist in der vom Kollegen Beschorner für die Sammelforschung mitgeteilten Form folgender:

„Frau General v. Sch., damals etwa 74 Jahre alt, konsultierte Juli 1882 Herrn Dr. Tornwaldt (Danzig) wegen absoluter Stimmlosigkeit und fand dieser am linken Stimmbande ein, wie er mir brieflich mitteilte, gestieltes Papillom von der Grösse einer Weinbeere, welches (die Operation musste aus äusseren Gründen verschoben werden) bis 3. Oktober desselben Jahres sich auf das Doppelte vergrösserte. Dasselbe wurde in vielfachen Sitzungen bis 21. November abgetragen und bestätigte die mikroskopische Untersuchung die Diagnose: Papillom. Indessen traten nunmehr an beiden Flächen der Stimmbänder kleine höckerige Geschwülste auf, die jedoch härter waren als die ursprüngliche Neubildung und bereits in Danzig von Dr. Suchannek als Carcinom erkannt wurden. Prof. Birch-Hirschfeld in Dresden, woselbst Patientin am 15. Januar 1883 in meine Behandlung kam, bestätigte nach mikroskopischer Untersuchung der mir von Dr. Tornwaldt übersandten Geschwulstteile diese Diagnose aufs Allerbestimmteste.

Da die rapid zunehmende Wucherung bald eine fast völlige Obturation des Kehlkopfes bewirkte, musste am 5. April 1883 die Tracheotomie ausgeführt werden; von da ab sistierte aber das Wachstum der Geschwulstmasse und Patientin, die seitdem alljährlich in den Sommermonaten lange Reisen unternimmt, vermochte voriges Jahr in

1) Vgl. hierzu die redaktionelle Bemerkung: „Zur Sammelforschung des Centralblatts“ im Briefkasten der Juli-Nummer. 1888. S. 45.

vollster Rüstigkeit, ohne alle Beschwerden insbesondere von Seiten des Kehlkopfes (ausgenommen dass sie die Kanüle tragen muss und dass ihr nur eine, der Umgebung aber durchaus verständliche Lispelsprache zu Gebote steht) ihren 80. Geburtstag zu feiern.

Das Kehlkopfspiegelbild unterscheidet sich heute durch Nichts von demjenigen des Jahres 1883.

Benachbarte Drüsen waren nicht geschwellt und erst jetzt — Ende 1887, Anfang 1888 — zeigen sich linksseitige Submaxillardrüsen nicht unbeträchtlich infiltriert.

Das Allgemeinbefinden der Kranken ist nach wie vor ein vortreffliches.“

Der Herausgeber muss bekennen, dass dieser Fall ihn im höchsten Grade frappierte. Eine „aufs Bestimmteste“ als „Carcinom“ erkannte Neubildung, deren Wachstum plötzlich sistiert, die aber auch keine regressiven Veränderungen eingeht, sondern fast sechs Jahre stationär bleibt — das passte so ganz und gar nicht in den Rahmen unseres gegenwärtigen Wissens vom Kehlkopfkrebs, dass er dem Fall ziemlich ratlos gegenüber stand, während sein klinisches Gefühl gegen ihn instinktiv rebellierte. — Indessen: was war zu machen? Der Fall war in klarster Weise von einem bewährten Laryngologen berichtet, die mikroskopische Krebsdiagnose von einer bewährten Autorität auf pathologisch-anatomischem Gebiete aufs Bestimmteste bestätigt, der einzige Einwand, der sich überhaupt erheben liess, war der, dass ein derartiger Fall — allenfalls mit Ausnahme eines ähnlichen, aber doch nicht ganz gleichen, ebenfalls von Beschorner bereits im Jahre 1877 berichteten, der weiterhin in extenso mitgeteilt werden wird — im Gebiete des Larynxcarcinoms noch nicht berichtet worden, und sein späterer Verlauf schwer mit unseren Kenntnissen über die Entwickelung der späteren Stadien des Kehlkopfkrebses zu vereinbaren sei. — Es war vorauszusehen, dass diesem Einwand mit dem Argument begegnet werden würde, dass in fast allen Leiden Ausnahmefälle vorkämen und dass solche Ausnahmen immer einmal zum ersten Male beobachtet werden müssten. Hiergegen wäre kaum etwas Stichhaltiges einzuwenden gewesen.

So war denn der Fall unter die 32 Fälle anscheinender Umwandlung, von denen auf Seite 107 berichtet worden ist, — allerdings in die Kategorie der „zweifelhaften“ — aufgenommen worden, und der Herausgeber beabsichtigte nur, seinen eben namhaft gemachten, klinischen Bedenken in der Epikrise Ausdruck zu verleihen.

Da erhielt er am 16. Januar 1889, also vor wenigen Wochen, folgenden Brief:

Dresden, den 14. Januar 1889.

Sehr verehrter, lieber Freund!

Wohl sehr vor Toresschluss, hoffentlich aber nicht zu spät, jedenfalls so schnell als irgend möglich, mache ich Ihnen folgende, gewiss

nicht unwichtige Mitteilung im Interesse Ihrer Sammelforschung bezüglich des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige etc.

Wie Sie sich erinnern, übersandte ich Ihnen u. a. die kurze Krankengeschichte einer 76 Jahre alten Dame, Frau General v. Sch., welche im Jahre 1882 von Dr. Tornwaldt-Danzig wegen eines Larynx-Papilloms operiert wurde. Die Geschwulst hatte, recidivierend, mehr und mehr einen malignen Charakter angenommen, war schliesslich schon dort als Carcinom erkannt worden und Prof. Birch-Hirschfeld — hier — bestätigte an eingesandten, über erbsengrossen Stücken der Geschwulst mit voller Bestimmtheit die Diagnose Carcinom.

Diese Dame ist nun am 9. Januar dieses Jahres gestorben und zwar völlig unabhängig von ihrer Kehlkopfkrankheit, binnen 24 Stunden an. Herzparalyse infolge von atheromatöser Entartung der Art. coronar. cord.

Noch am selben Abend setzte ich mich (nicht ohne Schwierigkeiten) in den Besitz des Kehlkopfs, sandte ihn am 10. Januar an den Prosektor des hiesigen Stadtkrankenhauses, Herrn Prof. Dr. Neelsen, und erhielt soeben von diesem zuverlässigen Forscher die überraschende Mitteilung:

„Die fragliche Kehlkopfgeschwulst ist kein Carcinom. Die papilläre Plattenepithelwucherung erscheint überall, auch an den Stellen, die im Zerfall begriffen erschienen, gegen die Unterlage scharf abgegrenzt. Nirgends Spuren einer destruktiven Wucherung.“

Da ich nun selbstverständlich an der Richtigkeit der Gutachten weder der Herren in Danzig, noch des Prof. Birch-Hirschfeld, noch auch des Prof. Neelsen im Mindesten zu zweifeln vermag, so stehe ich vor einem Rätsel, zu dessen Lösung ich mich brieflich an Herrn Birch-Hirschfeld wenden will; inzwischen erscheint es mir aber doch fraglich, ob der Fall nicht besser aus Ihrer Sammelforschung zurückzuziehen sei, was ich vollständig Ihrem Ermessen anheimgebe.

Zweifellos geht aus alledem hervor, mit welch grossen Schwierigkeiten unter Umständen die Diagnose einer Larynx-Geschwulst intra vitam verknüpft und wie doch namentlich bei Carcinomen der Hauptwert auf das klinische Bild, den klinischen Verlauf zu legen ist.

Indem ich hoffe, dass ich Ihnen, verehrter Herr Kollege, durch diese veränderte Darstellung nicht allzuviel Mühe bereite, doch aber in dem frohen Bewusstsein, noch in letzter Stunde einem Irrtum haben begegnen zu können, der sich unter Umständen recht störend geäussert hätte, grüsse ich Sie etc. etc.

Ihr ergebenster

Dr. Beschorner.

Und diesem Briefe folgte vier Tage später folgendes Schreiben:

Dresden, den 18. Januar 1889.

Hochverehrter Freund!

Herr Prof. Birch-Hirschfeld, dem ich Mitteilung über den Sektionsbefund betreffend Frau von Sch. machte, schreibt mir auf meine Frage, wie er sich wohl den Widerspruch der Geschwulstdiagnose im Jahre 1882/1883 und derjenigen wie sie Prof. Neelsen jetzt gestellt, erkläre, folgendes:

„Es ist mir nicht mehr gegenwärtig, auf Grund welcher mikroskopischer Befunde ich die Diagnose gestellt habe. Ich muss Ihnen gestehen, dass mit dem Wachsen der Erfahrung meine Vorsicht bei der Beurteilung von exzidierten Geschwulstteilchen zugenommen hat. Jedenfalls liegt die Sektion vorliegenden Falls so, dass, obwohl mir und den anderen Aerzten, die sich damals auf Grund des mikroskopischen Befundes bestimmt für Carcinom entschieden haben, jedenfalls Objekte vorgelegen haben müssen, welche atypische Zellwucherung darboten, doch für die definitive Diagnose der Sektionsbefund massgebend sein muss. Die Untersuchung der Geschwulstbasis war ja an den exstirpierten Stellen nicht ausführbar und, wie die Sache noch liegt, kann die sichere Diagnose auf Carcinom durch kein anderes Moment als durch Nachweis des Durchbruchs der normalen Gewebsgrenzen begründet werden. Alles Andere: Zellform, sog. Cancroidkörper, rundzellige Infiltration des Stroma, Momente, auf die ich früher mehr Gewicht gelegt habe als jetzt, schliesst die Möglichkeit von Täuschungen ein, die allerdings an Geschwülsten, welche durch wiederholte Eingriffe irritiert wurden, am nächsten liegen.“

Da nun ferner meine Frage:

Halten Sie es für möglich, dass ein Kehlkopfpapillom, etwa unter Einwirkung äusserer Insulte (operative Eingriffe, reizende Medikamente u. dgl.) vielleicht namentlich nahe an gewissen leichter zugänglichen Partien die Tendenz zur Umbildung in ein Carcinom zeigen, bei Nachlass jener Insulte aber und völliger Ruhe (hier Vermeiden jedes weiteren operativen Eingriffes etc. und aufgehobener Atmung durch den Kehlkopf infolge von Tracheotomie) diese Tendenz wieder verlieren kann und dass nach jahrelangem Bestande der Neubildung die carcinomatösen Elemente etwa durch Schmelzung, Losstossung, Schrumpfung, Schwund, eine Rückbildung dergestalt einzugehen vermögen, dass sie dann nicht mehr nachweisbar sind?

von Herrn Prof. Birch-Hirschfeld sowohl, wie auch von Herrn Prof. Neelsen in ihrem ersten Teile von letzterem zwar bejaht, in ihrem zweiten Teile aber von beiden Herren entschieden verneint

worden ist — so muss der Fall v. Sch. entschieden aus der Liste derjenigen gestrichen werden, welche die Möglichkeit des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen beweisen sollen.

Mit herzlichem Grusse

Ihr ergebenster

Dr. Beschorner.

Die Bitte des Herausgebers, jetzt umsomehr den überraschenden Fall für die Sammelforschung benutzen zu dürfen, beantwortete Kollege Beschorner wie folgt:

Dresden, den 20. Januar 1889.

Sehr geehrter Freund!

Selbstredend stelle ich den Fall vollständig zu Ihrer Verfügung! Ich werde gemeinschaftlich mit Prof. Neelsen denselben in einer der nächsten Sitzungen unserer Gesellschaft für Natur- und Heilkunde demonstrieren und besprechen und hatte dann die Absicht ihn in extenso zu veröffentlichen; das schliesst aber keineswegs aus, dass Sie von all den Unterlagen, die Sie von mir besitzen (und brauchen Sie noch mehr, so bitte ich es mir zu schreiben) ausgiebigen Gebrauch machen für Ihre Sammelforschung. Dort ist er am besten untergebracht, findet das sachverständigste Lesepublikum und mag als weiteren Belag dafür dienen, wie die mikroskopische Untersuchung nur dann endgültigen Wert für die Diagnose Carcinom hat, wenn die exstirpierten, dem Mikroskop unterbreiteten Fragmente den Mutterboden mit betreffen, dass aber im anderen Falle vor allem das laryngoskopische Bild, mehr noch der klinische Verlauf den Ausschlag zu geben vermag.

Auch mir[1]) möchte es scheinen, als ob damals eine Geschwulstform bestanden habe, welche histologisch täuschend dem Carcinom glich, sich aber im Laufe der Jahre derart umbildete, dass zurzeit von den Carcinom vortäuschenden Elementen nichts mehr wahrzunehmen ist.

Jedenfalls steht fest, dass man aus einem Fall wie dem vorliegenden viel mehr lernen kann, als aus einer ganzen Anzahl sogenannten „schönen“ und würde ich es mir darum nie verzeihen können, ihn der Oeffentlichkeit vorenthalten zu haben.

Mit erneuten herzlichen Grüssen

Ihr

Dr. Beschorner.

---

1) Der erste Teil dieses Satzes, aber nur dieser Teil, bezieht sich auf eine brieflich gemachte Bemerkung des Herausgebers.

Jeder Kommentar könnte den Eindruck dieses im höchsten Grade belehrenden Falles nur schwächen. Es erübrigt nur, Herrn Kollegen Beschorner für seine von echt wissenschaftlichem Geiste beseelten Bemühungen, der Wahrheit zu dienen, im Namen sicherlich aller Fachgenossen den herzlichsten Dank auszusprechen[1]).

2. Auf die Frage der Sammelforschung: „Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?" — antwortet Kollege A. Friedländer (Berlin), der im Auftrage des damals in San Remo weilenden Prof. H. Krause über dessen einschlägige Erfahrungen berichtet, wie folgt:

„Diese Frage kann, soweit sie persönliche Beobachtung betrifft, verneint werden. Nur ein Fall aus der Gesamtzahl der beobachteten Geschwülste, welcher aus der Praxis des verstorbenen Dr. Böcker in die des vorgezeichneten überging, wurden ihm von dem Chirurgen, Geh. Rat Dr. E. Hahn, und dem Hausarzt, Dr. Raschkow, als ein solcher bezeichnet, welcher von Dr. Böcker anfänglich als Papillom, später als dubiös angesehen wurde. Im Dezember 1888 kam der Fall zur Laryngofissur und Ausbrennung mit Paquelin durch E. Hahn. Damals ergab die histologische Untersuchung keinen positiven Carcinombefund."

Die Details des Falles zur Zeit, als er unter Prof. Krause's Beobachtung kam, waren folgende:

„Mann, 38 Jahre alt. Die Geschwulst ist im 37. Lebensjahre aufgetreten.

Am 5. IV. 87 findet sich unterhalb des rechten Taschenbandes ausgedehnte, in die Tiefe sich erstreckende, unregelmässige Geschwulstmasse. Aus dem rechten Ventriculus Morgagni treten mehrere, bis hanfkorngrosse, anscheinend zusammenhängende, grauweissliche und genau wie Papillombeeren aussehende Excrescenzen hervor."

(Hinsichtlich der früheren Diagnose der Gutartigkeit verweist Dr. Friedländer auf eine zu erwartende Mitteilung des Dr. Schorler, früheren Assistenten des Dr. Böcker und auf oben gemachte Angaben.)

„Am 15. IV. 87 und 27. IV. 87 mehrere nahezu bohnengrosse Stücke behufs Untersuchung mit Curette entfernt. Mikroskopische Untersuchung am 27. IV. 87 (Dr. Hansemann) konstatiert Cancroid. Am 5. V. 87 Totalexstirpation des Larynx durch E. Hahn. Exitus letalis. Todesursache nicht nachweisbar. Histologische Untersuchung der Geschwulst ergibt ebenfalls Cancroid."

Zu diesem Falle schreibt Dr. Schorler, auf dessen Mitteilung verwiesen worden war:

---

1) Selbstverständlich reduziert sich die Zahl der Fälle anscheinender Umwandlung nunmehr auf 31. Die Angabe auf Seite 107, 108 ist demgemäss zu berichtigen.

. . . . . „Sodann noch eine Berichtigung über einen Patienten Hahn[1]), der wegen Carcinoms radikal operiert wurde, und dessen Ende Sie in der Krause'schen Zusammenstellung finden werden. Sie werden dort verzeichnet finden, dass H. vorher von Böcker an Papillom dreimal operiert sei. Ich habe die exstirpierten Stücke mikrotomisch zerschnitten und fand, dass es sich von vornherein (!) um exquisites Carcinom gehandelt hat; ich habe deswegen den Fall trotz der Diagnose Papillom unter die primär bösartigen gereiht, und bitte Sie, die Berichtigung auch in der Krause'schen Zusammenstellung eintreten zu lassen."

Auf den Wunsch des Herausgebers, diesen Fall im Interesse der Sache für die Sammelforschung verwerten zu dürfen, erwiderte Kollege Schorler bejahend mit dem Hinzufügen, er sei sicher, im Geiste des verstorbenen Böcker zu handeln, indem er diesem Wunsche willfahre.

Die beiden folgenden Fälle, welche uns von einem sehr geschätzten Fachgenossen zur Verfügung gestellt worden sind, werden aus selbstverständlichen Gründen ohne Angabe der Namen der beteiligten Aerzte mitgeteilt. Sie illustrieren sowohl die Schwierigkeit der Diagnose, wie die Vielfältigkeit der Auffassung eines und desselben Falles seitens mehrerer bekannter und erfahrener Spezialisten:

3. „Unter den Fällen von Larynxcarcinom, welche ich Ihnen mitgeteilt habe, befindet sich einer, welcher noch besonderes Interesse verdient. Ich will Ihnen kurz darüber Mitteilungen machen:

Am 26. Juni 1888 konsultierte mich ein Herr, ca. 56 Jahre alt. Ich untersuchte den Patienten, welcher über Schmerzen klagte, die nach dem rechten Ohr hin ausstrahlten, und fand im Larynx mit Ausnahme eines kleinen weissen Punktes, welchen man für einen Schleimpartikel nehmen konnte, aufsitzend auf der Innenseite der rechten Aryknorpels — weiter nichts. Trotz Räusperns und Gurgelns ging derselbe nicht weg und erregte dadurch sofort meinen Verdacht, besonders da er die darauf folgenden Tage gerade wie zuvor sichtbar war. Ich nahm daher den Patienten in genaue Beobachtung und konnte verfolgen, wie das Knötchen allmählich heranwuchs, einen Polypen bildete — grobkörnig, dunkelrot, immer mehr gestielt werdend — bis dasselbe die Grösse einer Bohne erreichte und zwar in sehr kurzer Zeit, etwa 4 Wochen. Zu gleicher Zeit fing auch der Aryknorpel an, etwas anzuschwellen und leicht ödematös zu werden. Als die Erscheinungen nun ziemlich ausgeprägt waren und der Patient ziemlich davon belästigt war, so stellte ich ihm den Sachverhalt klar vor Augen, indem ich ihm auseinandersetzte, dass ich seine Affektion, soweit eine intralaryngeale Behandlung resp. Operation in Betracht komme, für ein Noli me tangere betrachte und nur von einer grösseren Operation, etwa Resektion des Aryknorpels nach

---

1) Sowohl der Name des Patienten, wie der des Chirurgen, war Hahn. Red.

Laryngofissur, ein dauernder Erfolg zu hoffen sei. Zu diesem Zwecke beantragte ich eine Konsultation mit Geheimrat X., welche Patient auch annahm. Ich wandte mich daher an X. und bat ihn mir den Ort und Tag der Konsultation zu fixieren. Dies geschah auch und ich teilte meinem Patienten das Resultat mit, mit der Aufforderung sich bereit zu machen für die Abreise. Als Antwort bekam ich einen Brief, worin er sich für meine Bemühungen und Dienstleistungen bedankte und nur mitteilte, dass seine Familie einen anderen Entschluss gefasst habe. Tags darauf erfuhr ich, dass er zu einem Spezialkollegen auf Anraten eines hiesigen Arztes gegangen war und dass dieser ihm „einen Kehlkopfpolypen“ entfernt habe. Die Freude über den momentanen Erfolg dauerte nicht zu lange, indem die Affektion ihren von mir vorausgesehenen Verlauf nahm und natürlich Nachschübe machte etc.; ich wurde wieder berufen, lehnte aber ab. Da nun immer zunehmende Verschlimmerung eintrat, so wurde mein Spezialkollege verabschiedet und Prof. Y. berufen, welcher Heilung versprach, aber nur die Tracheotomie vornahm. Welche Enttäuschung natürlich als die versprochene Heilung ausblieb und die Kanüle nicht entfernt werden durfte! Darauf wurden noch Z. und andere Spezialitäten konsultiert, bis der Tod dem zweijährigen Leiden schliesslich ein Ende machte! — Machen Sie damit, was Sie wollen. Nicht wahr, der Fall ist interessant?“

4. „Ich komme mit noch einem Falle, welcher ebenfalls Ihrer Sammelforschung von Interesse sein dürfte. Die Namen, welche ich anführe, bleiben selbstverständlich unter uns.

Im Dezember 1881 konsultierte mich ein Herr N., ca. 56 Jahre alt, Advokat von hier, wegen eines Kehlkopfleidens und dadurch bedingter Aphonie.

Allgemeinbefinden des Patienten ganz ausgezeichnet, seine Stimme lag ihm sehr am Herzen, weil er als Kandidat für die gesetzgebende Versammlung seine Wahltournees zu machen hatte und in Meetings sprechen musste.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab auf beiden Stimmbändern papillomatöse Auswüchse, die mir aber für gewöhnliche Papillome doch nicht recht imponiren wollten; sie hatten ein zu grobkörniges Aussehen. Trotz alledem machte ich mich an sie heran und entfernte sie allesamt, was nicht ohne Mühe gelang, weil der Patient sehr schlecht hielt. Ich nahm die mikroskopische Untersuchung vor und bekam dabei den festen Eindruck, es mit Epitheliomen zu tun zu haben. Nach ein Paar Monaten hatte ich übrigens alles so schön entfernt, dass Patient mit lauter und heller Stimme seine Wahlreden halten konnte und auch gewählt wurde. Daraufhin ging er im Frühjahr nach Bad C., um dort eine Behandlung für Harngries, welcher ihm blutigen Urin veranlasste, durchzumachen, und trat von diesem Augenblick aus meiner Behandlung. Ausser seinem Hausarzte hatte ich von meiner mikroskopischen Diagnose an Niemand Mitteilung gemacht, aber diesem hatte ich klaren Wein eingeschenkt,

zudem es Differenzen mit dem Patienten gegeben und ich abgelehnt hatte, ihn weiter zu behandeln. In C. machte derselbe nur Inhalationen, aber am Ende seiner Kur wurde seine Stimme wieder schlechter, so dass er im Juni auf seiner Heimreise in P. Prof. A. konsultirte, welcher eine Entzündung der Stimmbänder diagnostizirte. Die weiteren Nachrichten habe ich von dem behandelnden, mir befreundeten Arzt. Darauf kam Pat. wieder hierher und begab sich in Behandlung eines anderen Spezialisten. Operiert wurde seit meinem Eingriff nicht mehr. Aber da die Tumoren nachwuchsen, so ging der nunmehr behandelnde Arzt mit dem Patienten nach T., einen anderen bekannten Spezialisten zu konsultiren. Man beschloss ein Stückchen aus dem Kehlkopf zu entfernen, um es mikroskopisch zu untersuchen. Aber der Patient hielt so schlecht, dass dies erst nach 3 Tagen gelang und dann wurde die Diagnose auf Carcinom oder Epitheliom gestellt. Pat. reiste wieder hierher zurück. Inzwischen wurden die Symptome immer schlimmer und es wurden unten den hiesigen Aerzten (8—10) Konsultationen veranlasst und behauptet, es sei kein Carcinom, sondern eine Perichondritis. Endlich wurde auch X. Y. berufen, welcher sich letzterer Meinung angeschlossen zu haben scheint. Schliesslich musste die Tracheotomie von einem hiesigen Chirurgen gemacht werden.

Eines schönen Tages wurde nun ein Stück nekrotischen Knorpels (?) ausgestossen, und da können Sie sich die Freude von dem Perichondritisdiagnostiker denken, welcher nun glaubte, der Patient habe einen Knochen verschluckt gehabt, welcher im Hals gesteckt und nun herausgehustet worden sei. Trotz alledem nahm das Epitheliom seinen gewissen Weg und Patient starb schliesslich ca. 2 Jahre, nachdem er bei mir in Behandlung eingetreten war, an seiner Krebskachexie. Natürlich fehlte es dabei nicht, dass man mich anklagte, wenn ich nicht daran operiert hätte, so hätte der Krebs sich nicht entwickelt etc. etc. (! Red.) Glücklicherweise hatte ich aber, wie erwähnt, die mikroskopische und klinische Diagnose gleich von Anfang gestellt und dem Hausarzt mitgeteilt."

Hält man die eben berichteten mit den schon früher mitgeteilten Fällen irrtümlicher Diagnose (vgl. Ss. 77, 119 u. ff., 116, 122—131) zusammen, so werden wohl die Schwierigkeiten der richtigen Beurteilung scheinbar hierhergehöriger Fälle keiner weiteren Auseinandersetzung bedürfen.

Es folgt nunmehr im nächsten, dem VIII. Abschnitt eine tabellarische Uebersicht über die Resultate der Sammelforschung, an welche sich im IX. die anscheinenden Fälle „spontanen" Uebergangs, im X. die „sicheren resp. wahrscheinlichen" und im XI. die „zweifelhaften" Fälle von Umbildung nach intralaryngealen Operationen anschliessen werden. Die römischen Zahlen in der Tabelle beziehen sich auf diese und die vorhergehenden Abschnitte, die arabischen auf die Nummern, unter welchen die einzelnen Fälle in jedem Abschnitt aufgezählt sind.

VIII. Tabellarische Uebersicht der

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
1.	Aschenbrandt (Würzburg)	1883—87	17	11 (7 mikroskopisch, 4 makroskopisch)	16	10
2.	Baratoux (Paris)	1882—88	19	13 (10 mikroskopisch)	16	10
3.	E. Baumgarten (Budapest)	1883—88	14	2 (makroskopisch)	11	2
4.	L. Bayer (Brüssel)	1874—88	77	14 (5 mikroskopisch, 9 makroskopisch)	46	7
5.	Beregszásczy (Wien)	1878—88	12	—	12	—
6.	A. v. Bergmann (Riga)	1882—88	14	2 (1 mikroskopisch)	10	1
7.	Beschorner (Dresden)	1869—88	183	95 (teilweise mikroskop. untersucht)	114	79
8.	Betz (Mainz)	1877—88	65	Etwa 33 (viele Fälle galvanokaustisch behandelt; mikroskop. Untersuch. daher unmöglich)	53	ca. 25
9.	A. Boecker (†) (Berlin) (Durch Güte des Kollegen Schorler)	1874—87	427	88 (meist nach Aussehen geschlossen)	320	71
10.	M. Boldyrew (Kasan)	1870—88	186	14—16 (teilweise mikroskop.)	184	14
11.	Brune (Hannover)	1873—88	46	10 (mikroskopisch)	40	7
12.	V. v. Bruns (†) (Tübingen) (Durch Güte des Prof. P. Bruns.)	1861—81	Wenigstens 280	Wenigstens 155	280	155

Resultate der Sammelforschung.

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen. Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
2	Nein	Einmal. [Identisch mit Seifert's Fall.] (Vgl. X, 1.)	3	—	—
1	Nein	Nein	13	—	—
0	Nein	Einmal, zweifelhaft nach des Beobachters eigener Ansicht. (Vgl. XI, 1)	—	—	—
2	Einmal zweifelhaft. (Vgl. IX, 1.)	Einmal. (Vgl. X, 2.)	17	—	—
—	Nein	Nein	2	—	Die 12 Fälle stammen aus der Privatpraxis des Autors, nicht aus seiner Tätigkeit an der Wiener Poliklinik.
—	Nein	Nein	6	—	—
15 (soweit bekannt, vermutlich mehr)	Nein	Zweimal. (Vgl. X. 3 u. 4.) Der zweite ist identisch mit dem Falle von Prinz	20	—	—
5	Nein	Nein	7	—	—
33	Soweit aus d. nachgelassenen Journal. ersichtlich, nie.	Zweimal, dav. d. zweite mit V. v. Bruns' u. P. Bruns' Falle identisch. (Vgl. X, 5 u. 6.)	26	Einmal (Vgl. V, 1.)	—
—	Nein	Nein	—	—	—
3	Nein	Nein	8	—	—
?	Nein	[Ein Fall, der aber ident. mit Böckers und Paul Bruns' Fall.] (Vgl. X, 6.)	?	?	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
13.	Paul Bruns (†) (Tübingen)	1871—88	Wenigstens 125	Wenigstens 75	125	75
14.	H. T. Butlin (London)	1879—88	10	9 (6 mikroskopisch)	6	5
15.	W. E. Casselberry (Chicago)	1882—87	3	3 (2 mikroskopisch)	3	3
16.	O. Chiari (Wien)	1882—88	46	12 (6 mikroskopisch)	37	9
17.	J. Solis Cohen (Philadelphia)	1864—88	Mehr als 450	Etwa 350 (bei weitem die meisten nur makroskopisch)	Etwa 300	Etwa 250
18.	Vincent Cozzolino (Neapel)	1877—88	42	32 (3—4 mikroskopisch)	42	32
19.	Eugène Eeman (Gent)	?	7	1 (makroskopisch)	7	1
20.	Guglielmo Fano (Triest)	1873—88	Wenigstens 76	?	63	?
21.	Charles Fauvel (Paris)	1861—88	Etwa 600	400	560	400
22.	B. Fränkel (Berlin)	Nur die Beobachtungen der Periode von 1882 bis Ende 1887.	90	10 (sämtlich mikrosk.)	77	10
23.	Eugen Fränkel (Hamburg)	1879—87	10	5 (sämtlich mikrosk.)	7	4
24.	W. Freudenthal (New-York)	1885—88	7	2	7	2
25.	M. A. Fritsche (Berlin)	1878—88	87	21 (teilweise mikroskop.)	66	15
26.	J. Garel (Lyon)	1881—88	77	6 (2 mikroskopisch)	62	5
27.	W. C. Glasgow (St. Louis)	1870—88	12	8	8	5
28.	J. W. Gleitsmann (New York)	1868—88	63	45 (15 mikroskopisch)	36	27

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
?	Nein	[Vgl. die Bemerkungen dieser Kolumne unter 9 u. 12, sowie X, 6.]	?	?	—
—	Nein	Nein	Sicher mehr als 20	Einmal. (Vgl. V, 2.)	—
2	Nein	Nein	—	—	—
3	Einmal wahrscheinlich. (Vgl. IX, 2.)	Nein	14	—	—
Nicht 10	Nein	Viermal, doch sind in allen Fällen nach des Autors eigener Ueberzeugung Gründe zum Zweifel an der ursprünglichen Gutartigkeit vorhanden. (Vgl. XI, 23, 4, 5.)	Wahrscheinlich 100 [Meist in Konsultation, daher die grosse Zahl.]	Ja, in mehreren Fällen, doch sind keine Details notiert.	—
—	Nein	Nein	10	Zweimal, Details nicht angegeben.	—
—	Nein	Nein	12	—	—
?	Einmal, zweifelhafter Fall. (Vgl. IX, 3.)	Einmal. (Vgl. X, 7.)	30	—	—
30	Nein	Einmal, zweifelhaft. (Vgl. IX, 6.)	150	—	—
8	Nein	Nein	15	Ja, zweimal. (Vgl. V, 3.)	—
	Auch in der früheren Zeit nicht, über welche statistische Angaben nicht gemacht sind.				
?	Nein	Nein	5	—	—
—	Nein	Nein	2	—	—
4	Nein	Nein	7	—	—
?	Einmal, zweifelhaft. (Vgl. IX, 4.)	Nein	15	—	—
1	Nein	Einmal, nach d. Autors eigenem Glauben zweifelhaft. (Vgl. XI, 7.)	4	—	—
8	Nein	Nein	19	—	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
29.	J. Gottstein (Breslau)	1865—88	131	20 (6 mikroskopisch)	86	13
30.	Vittorio Grazzi (Florenz)	1879—88	52	Etwa 400 (teilweise mikroskop.)	34	26
31.	Joseph Gurowitsch (Odessa)	1882—87	39	22 (14 mikroskopisch)	31	17
32.	Alex Haslund (Kopenhagen)	1873—88	56	56 (2—3 mikroskopisch)	54	54
33.	Richard A. Hayes (Dublin)	1878—88	3	1 (mikroskopisch)	1	1
34.	Paul Heinrich (Wiesbaden)	1873—88	14	4 (nur nach Aussehen geschlossen)	8	4
35.	Adolf Heller (Nürnberg)	1867—87	33	12 (1 mikroskopisch)	27	10
36.	Gordon Holmes (London)	1876—88	43	32 (5—6 mikroskopisch)	35	29
37.	George B. Hope (New York)	1882—88	13	8	6	5
38.	Hopmann (Köln)	1871—88	103	23 (fast alle mikroskop.)	90	12
39.	E. H. Jacob (Leeds)	1886—88	6	6 (nur nach Aussehen geschlossen)	3	3
40.	Gorge Johnson (London)	1866—86	11	10 (teilweise mikroskop.)	10	9
41.	George Jonquière, jr. (Bern)	1882—88	9	8	8	7
42.	A. Jurasz (Heidelberg)	1875—88	166	109 (73 mikroskopisch)	117	89
43.	Ch. S. Knight (New York)	1879—88	7	4	3	2
44.	Paul Koch (Luxemburg)	1866—88	Etwa 100	5 (nach Aussehen geschlossen)	Etwa 100	3
45.	Hermann Krause (Berlin) (Durch Dr. A. Friedländer.)	1881—88	72	14 (2 mikroskopisch)	58	12
46.	R. Krieg (Stuttgart)	1877—83	74	17 (etwa 6 mikroskopiert)	61	17

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
5	Nein	Nein	20	—	—
?	Nein	Nein	11	—	—
4	Nein	Einmal, sehr zweifelhaft. (Vgl. XI, 8.)	6	Einmal. (Vgl. V, 5.)	—
—	Nein	Nein	10	—	—
1	Nein	Nein	2	—	—
3	Nein	Nein	5	—	—
2	Nein	Nein	3	—	—
?	Nein	Nein	? [Vgl. letzte Kolumne.]	—	Nur in einem der 17 vom Autor gesehenen einschlägigen Fälle konnte mit Bestimmtheit der Kehlkopf als Ausgangspunkt des Krebses bezeichnet werden.
2	?	„Fall v. Dr. Clinton Wagner zitiert.“ (Vgl. XI, 14.)	?	—	—
5	Nein	Nein	Etwa 20	Ja (Vgl. V, 6.)	—
1	Nein	Nein	?	—	—
—	Nein	Nein	3	—	—
—	Nein	Nein	?	—	—
22	Nein	Nein	35	Ja, zweimal. (Vgl. V, 7.)	—
1	Nein	Nein	2	—	—
3	Nein	Nein	7	—	—
8	Nein	Nein	9	—	—
4	Nein	Nein (Vgl. aber V., S. 122.)	9	—	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
47.	Carlo Labus (Mailand)	1868—88	261	77	162	25
48.	Lachmann (Frankfurt a. M.)	1886—87	7	2 (mikroskopisch)	7	2
49.	George M. Lefferts (New York)	1871—88	250	160 (nach Aussehen geschlossen)	100	60
50.	Georg Lewin (Berlin)	1860—88	ca. 65	ca. 40 (teilweise mikroskop.)	Etwa 40	Etwa 40
51.	Lichtenstein (Posen)	1887—88	5	1 (mikroskopisch)	4	1
52.	W. Lublinski (Berlin)	1877—88	141	97 (64 mikroskopisch festgestellt)	124	91
53.	Clinton Mc Sherry (Baltimore)	1874—88	6	5 (nach Aussehen geschlossen)	3	3
54.	J. Mahl (Lemberg)	1873—88	54	8 (nach Aussehen geschlossen)	22	2
55.	George W. Major (Montreal)	1876—88	19	8	18	7
56.	Karl Malmsten (Stockholm)	1882—88	16	6	12	3
57 und 58	Origine Masini (Genua) und Giulio Masini (Turin)	1881—88	122	76 (alle mikroskopiert)	116	76
59.	Ferdinando Massei (Neapel)	1869—88	226	117 (viele mikroskop.)	141	78
60.	S. Meyerson (Warschau)	1883—88	51	8 (nach Aussehen geschlossen)	14	5
61.	J. Michael (Hamburg)	1876—88	53	10 (nach Aussehen)	30	7
62.	Carl Michel (Köln)	1869—88	132	?	92	?
63.	N. Monastyrski (St. Petersburg.)	1875—88	2	2	—	—

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
17	Nein	Einmal, aber zweifelhaft nach des Autors eigener Ansicht. (Vgl. XI, 9.)	105	—	—
—	Nein	Nein	2	—	—
?	Nein	Nein	25	—	Die angegebenen Zahlen sind nur annähernd und entsprechen den Minimalziffern der Beobachtungen des Verfassers.
Etwa 15	Nein	Nein	Etwa 8	—	—
1	—	—	—	—	—
3	Einmal, zweifelhaft. (Vgl. IX, 5.)	Nein	21	—	—
—	—	Nein	?	—	—
2	Nein	Einmal mit Sicherheit (der Fall ist identisch mit Störk's Fall, vgl. X, 15); einmal sehr zweifelhaft nach des Autors eigener Meinung. (Der Fall ist identisch mit Schnitzler's Falle.) Vgl. XI, 12.	14	—	—
7	Nein	Nein	3	(Vgl. V, 9.)	—
2	Nein	Nein	3	Einmal (Vgl. V, 10.)	—
2	Nein	Nein	27	Zweimal. (Vgl. V, 11.)	—
Mehr als 6	Nein	Nein	39	Ja, mehrere. (Vgl. V, 12.)	—
4	Nein	Nein	3	—	—
2	Nein (Vgl. IV, 199.)	Nein	?	—	—
?	Nein	Einmal. (Vgl. X, 8.)	ca. 20	—	—
—	Nein	Nein	2	Einmal. (Vgl. V, 13.)	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
64.	Carl Morelli (Budapest)	1879—88	49	16 (3 mikroskop.)	36	15
65.	E. J. Moure (Bordeaux)	1879—88	93	72 (meist nur nach Aussehen geschlossen)	84	57
66.	Emmerich Navratil (Budapest)	1862—88	783	237 (167 mikroskop.)	511	161
			Diese Zahlen repräsentieren nur längere Beobachtungen, nicht die nur einmal gesehenen Fälle.			
67.	Martin Neukomm (Bad Heustrich-Andermatt)	1880—87	12	?	9	—
68.	David Newman (Glasgow)	1878—88	? [zweifellos mehr als 18]	18 (15 mikroskopisch untersucht)	?	16
69.	M. J. Oertel (München)	1862—88	mindestens 469	mindestens 212	469	212
70.	A. W. Orwin (London)	1879—88	22	5	Etwa 15	5
71.	Paulsen (Kiel)	1883—88	19	3 (2 mikroskop.)	17	2
72.	O. Prinz (Dresden)	1864—88	171	21 (nur nach Aussehen)	136	21
73.	Leopold Réthi (Wien)	1885—88	14	3 (2 mikroskop.)	11	2
74.	G. Rosenfeld (Stuttgart)	1876—87	22	8 (5 mikroskop.)	21	8
75.	M. J. Rossbach (Jena)	1867—88	80	56 (darunter 7 multiple mikroskop.)	68	56
76.	W. Roth (Wien)	1873—88	31	4 (mikroskop.)	31	4

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
3	—	Einmal. [Fall identisch mit dem Navratil's.] (Vgl. X, 9.)	9	Nein	—
0	Nein	Nein aber einmal 8 Jahre nach Entfernung einer gutartigen Neubildg. Krebs der anderen Seite!	23	Nein	—
63	Einmal, zweifelhafter Fall. (Vgl. IX, 6.)	Einmal. Der Fall ist identisch mit dem Morelli's. (Vgl. X, 9.)	37	Einmal. (Vgl. V, 14.)	—
—	Nein	Nein	2	—	—
6	Einmal (Vgl. IX, 7.)	Zweimal (Vgl. X, 10 u. 11.)	26	Viermal. (Vgl. V, 15.)	—
Oeftere Recidive	Nein	Nein	46	—	—
2	Nein	Zweifelhaft. Details fehlen.	Etwa 12	Nein	—
1	Nein	Nein	3	Nein	—
7	Nein	Zweimal, ein Fall zweifelhaft, d. andere identisch mit einem Falle Beschorner's. (Vgl. X, 4 und XI, 10.)	11	Nein	—
1	Nein	Nein	8	Nein	Diese Zahlen repräsentieren nur die Privatpraxis des Beobachters.
3	Nein	Nein	5	—	—
Die 7 multiplen recidivierten sämtl. Ueber die solitären keine Angaben gemacht.	Nein	Nein	5	Nein	—
4	Nein	Nein	5	Nein	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
77.	Rühlmann (St. Petersburg)	1874—88	29	2 (nach Aussehen geschlossen)	16	—
78.	Th. A. Rumbold (St. Louis)	1866—83 [Die Notizen mehrerer späterer Jahre sind verloren gegangen.]	137	28 (meist nur nach Aussehen)	74	19
79.	Schadewaldt (Berlin)	1870—88	58	49 (meist nur nach Aussehen)	17	17
80.	Max Schaeffer (Bremen)	1874—87	78	8 (4 mikroskopisch untersucht)	74	8
81.	Philipp Schech (München)	1875—87	64	16 (teilweise mikroskop.)	60	16
82.	Gottfried Scheff (Wien)	1 Jahr [aus früheren Perioden keine Aufzeichnungen.]	3	1 (mikroskop.)	3	1
83.	Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.)	1863—88	327	59 (15 mikroskop.)	216	51
84.	E. Schmiegelow (Kopenhagen)	1884—88	25	7 (3 mikroskop.)	21	16
85.	Joh. Schnitzler (Wien)	1873—88 [Nur d. Material der Poliklinik, nicht d. Privatpraxis zu den statistischen Angaben benutzt.]	292	Die „meisten" d. gutartigen Geschwülste waren Papillome. [Also jedenfalls in minimo 150. Red.] (Viele mikroskopisch untersucht.)	mindestens 250	Jedenfalls über 100 Red.
86.	Schoetz (Berlin)	1879—88	148	36 (meist nur nach Aussehen)	64	17
87.	C. Schorler (Berlin)	1885—88	74	21 (teilweise mikroskop.)	49	19

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
—	Nein	Nein	4	—	—
2	Nein	Nein	9	—	—
4	Nein	Nein	4	Nein	—
2	Nein	Nein	14	Nein	—
3	Nein	Vielleicht einmal, doch glaubt Beob. selbst sicher, dass die Geschwulst vom Beginne bösartig war. (Vgl. XI, 11.)	5	Nein	—
1	Nein	Nein	—	—	—
19	Nein	Nein (Zwei Fälle, in denen man an eine Umwandlung denken konnte, sind nach des Beobachters eigener Ansicht zu ungewiss, um hier herangezogen werden zu können.)	58	Nein	—
3	Nein	Nein	4	Nein (vgl. aber V, 16)	—
?	—	Dreimal in zwei Fällen (vgl. X, 12 u. 13) glaubt Beobachter sicher, eine Umwandlung annehmen zu können; der dritte Fall, welcher identisch mit Mahl's Fall ist (vgl. XI, 12), ist sehr zweifelhaft.	48	—	—
10	Nein	Nein	14	Mehrere Fälle. (Details nicht angegeben.)	—
10	Nein	Nein	[Die von d. Beob. gesehenen sind unter den Boeckerschen Beobachtung. einbegriffen.]	Nein	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
88.	M. Schramm (Dresden)	1876—88	17	2 (nur nach Aussehen geschlossen)	13	2
89.	L. v. Schrötter (Wien)	1864—88	471 [Nur Krankenhaus-Material.]	93	471	93
90.	Albert Seeligmann (Karlsruhe)	1869—87	41	18 (6 mikroskop.)	32	12
91.	Otto Seifert (Würzburg)	1883—88	12	2 (mikroskop.)	6	2
92.	Carl Seiler (Philadelphia)	1872—88 [Die Aufzeichnungen d. Verfassers sind teilweise bei einem Brande zerstört worden.]	21	12 (sämtl. mikroskop.)	18	10
93.	Felix Semon (London)	1877—88 [Die Aufzeichnungen beziehen sich nur auf die Privatpraxis des Beobachters und seine Tätigkeit am St. Thomas-Hospital. Ueber die 1877 bis 1882 von ihm im Throat-Hospital beobachteten Fälle besitzt er keine Notizen.	65	25 (12 mikroskop.)	41	19
94.	Thomas Sidlo (Wien)	1868—88	45	5 (2 mikroskop.)	43	5
95.	A. v. Sokolowski (Warschau)	1884—87	59	2 (1 mikroskop.)	20	2
96.	Sommerbrodt (Breslau)	1870—87	257	53	137	25

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorher gegangene intra laryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
2	Nein	Nein	1	Nein	—
?	Nein	Vielleicht einmal (vgl. XI, 13), doch glaubt Beobacht. selbst, dass von Anfang an bösartige Elemente vorhanden gewesen sind.	?	Ja (Vgl. V, 17.)	—
7	Nein	Einmal. (Vgl. X, 14.)	2	Nein	—
2	Nein	Einmal. Der Fall ist identisch mit demjenigen Aschenbrandt's (Vgl. X, 1).	2	Nein	Ein zweiter, von dem Beobachter gelegentlich der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden erwähnter Fall wahrscheinlicher Umwandlung ist seiner Ansicht nach zu kurz in Beobachtung gewesen, um für die Statistik irgend welche Verwertung finden zu können.
3	Nein	Einmal. Nach des Beobachters eigener Ansicht sehr zweifelhaft. Der Fall ist identisch mit einem von J. Solis Cohen's Fällen. (Vgl. XI, 4.)	6	Nein	—
8	Nein	Nein	56	Oefters (vgl. I., S. 84; IV, S. 115; V, S. 119 usw.).	Die unverhältnismässig grosse Zahl der Fälle bösartiger Neubildungen gegenüber derjenigen von gutartigen erklärt sich aus dem grossenteils konsultativen Charakter der Privatpraxis des Beobachters.
4	Nein	Nein	9	(Vgl. V, 19.)	—
2	Nein	Nein	13	Vgl. V, S. 125.)	—
13	Anscheinend einmal. (Vgl. IX, 8.)	Nein	37	—	—

Laufende Nummer.	Name und Wohnort des Beobachters.	Periode, über die sich seine Beobachtungen erstrecken.	Gesamtzahl der von ihm beobachteten gutartigen Kehlkopfgeschwülste.	Von diesen waren Papillome? (Anzugeben ob mikroskopisch bestimmt, oder nur nach Aussehen geschlossen.)	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten gutartigen Neubildungen.	Gesamtzahl der von ihm intralaryngeal operierten Papillome.
97.	Carl Stoerk (Wien)	1868—88	ca. 600	Etwa 200	annäh. 500	ca. 180
98.	B. Tauber (Denver, Colorado)	1872—88	48	32	38	26
99.	P. F. J. Ter Maten (Amsterdam)	1862—87	92	24 (einzelne mikroskop.)	53	16
100.	Max Thorner (Cincinati)	1884—88	4	1 (nach Aussehen)	4	1
101.	A. Thost (Hamburg)	1886—88	3	2 (1 mikroskop.)	3	1
102.	A. Tobold (Berlin)	1861—88	492	183 (grossenteils mikr.)	373	160
103.	Trebrny (Warschau)	1887—88	9	3 (nach Aussehen)	5	1
104.	Truckenbrod (Hamburg)	1884—88	14	4 (2 mikroskop.)	6	2
105.	Michel Tsakyroglous (Smyrna)	1883—88	7	2 (nach Aussehen)	3	1
106.	Clinton Wagner (New York)	1873—88	Jedenfalls mehr als 59 (Red.)	Jedenfalls mehr als 59 (Red.)	59	54
107.	W. McNeill Whistler (London)	1877—88	26	19 (meistens nach Aussehen)	14	10
Zusammen: 107 Beobachter		**1862—88**	**10747**	**4190*)**	**8216**	**3382**

*) Definitive Zahlenangaben über vorgenommene mikroskopische Untersuchung sind
hervor, dass mikroskopische Untersuchungen viel häufiger angestellt worden sind. als es
**) Definitive Zahlenangaben nur über 480 Fälle von Recidiven gemacht; doch ist aus
weiterer Beobachtung entzogen haben und dass die Zahl der recidivierenden Fälle eine weit
***) Ein solcher Uebergang ist in 31 Fällen berichtet worden und ist in 16 derselben
15 ist es teilweise sehr fraglich, teilweise unwahrscheinlich, dass dieselben als Beispiele
von den Beobachtern selbst als zweifelhaft bezeichnet.

Von diesen Papillomen recidivierten resp. machten wiederholte Entfernungen notwendig?	Hat der Beobachter je spontanen Uebergang gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige (d. h. ohne vorhergegangene intralaryngeale Operation) gesehen?	Hat der Beobachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, resp. wie oft?	Gesamtzahl der von dem Beobachter gesehenen primär bösartigen Kehlkopfgeschwülste.	Hat er Fälle bösartiger Kehlkopfgeschwülste beobachtet, in denen die mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente keinen Aufschluss gab?	Etwaige addition. Bemerkungen, Referenzen auf bezügliche Publikationen des Beobachters usw.
? (Viele nur durchreisende Kranke.)	Zweimal. (Vgl. IX, 9 u. 10.)	Einmal. Identisch mit einem Falle Mahl's. (Vgl. X, 15.)	Mehr als 100	—	—
20	Einmal. (Vgl. IX, 11.)	Einmal. (Vgl. X, 16.)	8	—	—
6	Nein	Nein	14	Nein	—
1	Nein	Nein	0	Nein	—
0	Nein	Nein	—	(Vgl. den Fall Mahl-Stoerk und V, 21.)	—
5	Nein	Nein	26	Nein	—
0	Nein	Nein	3	Nein	—
—	Nein	Nein	2	Nein	—
?	Nein	Nein	11	—	(Vgl. Abschn. XI.)
0	Einmal. (Vgl. IX, 12.)	Einmal. Doch ist der Fall nach des Beobachters eigener Ansicht zweifelhaft. (Vgl. IX, 14.)	4—6 je nachdem die beiden Fälle in den vorstehenden Kolumnen als primär oder als sekundär bösartig aufgefasst werden.	Ja (Vgl. V, 22.)	—
4	Nein	Einmal in einem Falle Whipham's. Die von letzterem gegebene Beschreibung lässt es zweifelhaft, ob es sich nicht von Anfang an um eine Mischform handelte. (Vgl. XI, 15.)	12	—	—
480**)	12 anscheinend hierher gehörige Fälle, von denen die meisten aber zweifelhaft.	31***)	1550	Solche Fälle sind sehr häufig beobachtet.	—

r in 612 Fällen gemacht; doch geht aus den Aeusserungen der Autoren mit Sicherheit
ch diesen Zahlen scheinen könnte.
n Aeusserungen der Beobachter mit Sicherheit zu entnehmen, dass viele Fälle sich
össere ist, als es nach obiger Ziffer scheinen könnte.
scheinend tatsächlich, oder doch mehr oder minder wahrscheinlich, erfolgt. In den anderen
rklicher Degeneration aufgefasst werden können, und 12 derselben werden ausdrücklich

IX. Anscheinende Fälle spontanen Ueberganges.

1. Bayer (Brüssel). „In einem Falle, welcher sich in den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx", 1877, p. 308, genau beschrieben findet, scheint ursprünglich ein Papillom der Epiglottis vorhanden gewesen zu sein. Vor meinem Eingreifen war nicht operiert worden, und als ich den Kranken im Oktober 1874 zu Gesicht bekam, fand ich die ganze Epiglottis mit Papillomen besetzt und ebenfalls den ganzen Zungengrund, jedoch makroskopisch mehr das Aussehen einer Blumenkohlgeschwulst. Die mikroskopische Untersuchung, welche dazumal von mir vorgenommen wurde, liess in den die Epiglottis besetzenden Papillomen noch keine Epitheliome erkennen, jedoch waren die Recidive so rasch, dass man eine Infiltration des Bodens schon annehmen musste. Zugleich waren die Papillae circumvallatae der Zungenbasis ebenfalls stark hypertrophisch. Der vorher behandelnde Spezialist hatte Papillom diagnostiziert, doch liess mich der klinische Verlauf nicht lange über die Bösartigkeit des Falles im Zweifel. Ausdrücklich muss ich hervorheben, dass an verschiedenen Stellen, wo Papillome entfernt waren, keine neuen mehr nachwuchsen, und dass die Epiglottis erst später infiltriert wurde."

[Diesem Auszug zufolge wäre es in der Tat wohl denkbar, dass ursprünglich ein Papillom der Epiglottis vorhanden gewesen ist. Kollege Bayer selbst aber lässt die Möglichkeit eines Zweifels zu (s. o.), und der Herausgeber muss bekennen, dass er nach der Lektüre des Falles im Original vielmehr den Eindruck gewonnen hat, dass es sich von vornherein entweder um einen Krebs, von dessen Oberfläche sich später — wie in dem Sokolowski'schen Falle — papillomatöse Auswüchse erhoben, oder um eine Mischform gehandelt hat: das Leiden des 46jährigen Mannes begann mit Schmerzen im Halse und Schlingbeschwerden (vgl. l. c. S. 310); dieselben nahmen rapide zu; schon drei Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome wurde eine akute Epiglottitis konstatiert; die Epiglottis war mit entzündlichen Auswüchsen („bourgeons inflammatoires") bedeckt, welche bei der geringsten Berührung bluteten; ganz kurz darauf trat heftiger Husten mit reichlicher Expektoration ein, die den Kranken ungemein schwächten. Alles dies spielte sich innerhalb der ersten 4 bis 5 Monate ab! Deutet es nicht darauf hin, dass das Leiden primär bösartig war und dass nur zur Zeit, als der Verfasser den Kranken zum ersten Male sah (d. h. etwa 5 Monate nach Beginn des Leidens), die papillomatösen Auswüchse die Grundnatur der Krankheit maskierten? — Weder das makroskopische Aussehen der Geschwulst noch das ursprünglich negative Resultat der mikroskopischen Untersuchung entfernter Fragmente kann nach dem, was über diese Punkte im IV. und V. Abschnitt auseinandergesetzt und durch so viele Fälle (z. B. die von Krieg, Sokolowski und Beschorner illustriert worden ist, als vollgültiger Gegenbeweis angesehen werden.]

2. O. Chiari (Wien). „Im folgenden Falle erschien dieser Uebergang wahrscheinlich: Eine 50 jährige Dame, welche seit 9 Jahren heiser war und seit 5 Monaten Atembeschwerden hatte, zeigte den vorderen Anteil des rechten Stimm- und Taschenbandes mit zahlreichen papillären Wucherungen besetzt; einzelne davon waren in Zerfall begriffen, und die ganze rechte Seite des Kehlkopfes mit Ausnahme des Kehldeckels geschwollen, rot, wenig beweglich. Die exstirpierten Wucherungen erwiesen sich nach Dr. Zemann als Papillome, von welchen starke Epithelzapfen in das dicht infiltrierte Bindegewebe der Basis zogen; die Grenzen zwischen Epithel und Bindegewebe waren undeutlich. Zemann erklärte den Befund als sehr verdächtig auf Carcinom. — Jetzt, drei Monate nach der Operation, haben die Atembeschwerden sehr zugenommen."

[Es ist bedauerlich, dass anscheinend nichts über frühere laryngologische Untersuchungen bekannt ist. Die Konstatierung des Vorhandenseins einer Geschwulst im Kehlkopf, neun Jahre ehe Kollege Chiari den oben geschilderten Befund aufnahm, hätte, zusammengenommen mit dem Resultate der mikroskopischen Untersuchung, die Wahrscheinlichkeit einer in diesem Falle erfolgten Umbildung fast zur Gewissheit erhoben (vgl. hierüber Abschnitt VII). — Auch jetzt noch ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass es sich in der Tat um eine Umbildung gehandelt hat, doch ist andererseits auch die Erklärung nicht ganz von der Hand zu weisen, dass einer chronischen Laryngitis, manifestiert durch vieljährige Heiserkeit, die Bildung einer Mischgeschwulst gefolgt sei.]

3. G. Fano (Triest). „Ein zweifelhafter Fall. 7 jähriger Knabe. Anamnese unzuverlässlich. Ich habe nur erfahren können, dass der Knabe schon seit langer Zeit heiser war. Multiple Papillome im Kehlkopf, Larynxstenose, Tracheotomie, Tod nach etwa einem Jahre bei dem von einem anderen Arzte vorgenommenen Kanülenwechsel. Bei der Sektion fand man eine unzweifelhaft bösartige Neubildung, die den ganzen Kehlkopf einnahm."

[Die Kürze der Beschreibung gestattet dem Leser kaum, sich ein Urteil über diesen Fall zu bilden. Der Herr Verfasser selbst bezeichnet ihn als „zweifelhaft". Interessant ist es, dass auch hier bei einem 7 jährigen Kinde eine „unzweifelhaft bösartige" Neubildung bei der Sektion gefunden wurde.]

4. J. Garel (Lyon). „Ich habe nur einen einzigen Fall von Kehlkopfkrebs mit sehr langsamer, etwa sechsjähriger Entwickelung gesehen. Der Kranke hat mehr als zwei Jahre lang unter meiner Behandlung gestanden, ohne dass ich einen intralaryngealen Eingriff vorgenommen habe. Der Verlauf war anfänglich nicht der einer bösartigen Neubildung. Erst im letzten Jahre kam es infolge beträchtlicher Glottisverengerung zur Atemnot. Die Familie verweigerte jeden äusseren Eingriff, selbst die Vornahme der Tracheotomie, und ich nahm daher in den letzten drei Lebensmonaten zwei leichte intralaryngeale Operationen vor. Dem

Professor der Histologie an der Universität, Herrn Chandelux, zufolge ähnelten die entfernten Fragmente Papillomen, welche eine epitheliale Transformation eingegangen sind."

[Es ist sehr wohl möglich, dass es sich in diesem Falle um eine wirkliche spontane Umbildung gehandelt hat, sowohl angesichts der Länge des Verlaufs, wie des Resultats der mikroskopischen Untersuchung. Mit Bestimmtheit aber lässt sich dies natürlich nicht behaupten.]

5. Lublinski (Berlin). „59 jähriger Schuhmacher kam Ende 1885 mit einer erbsengrossen Geschwulst (anscheinend Papillom), die sich am rechten Stimmbande und zwar am Rande desselben an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels befand, in meine Sprechstunde. Operation verweigert. Mitte 1887 Carcinom der rechten Kehlkopfshälfte. Tod im Dezember 1887 an Erschöpfung."

[Da die Diagnose der anscheinenden ursprünglichen Gutartigkeit sich nach dieser Beschreibung ausschliesslich auf das laryngoskopische Aussehen gründete, bösartige Kehlkopfgeschwülste aber durchaus unter dem Bilde gutartiger verlaufen können (vgl. Abschnitt IV), so muss es als zweifelhaft bezeichnet werden, ob dieser Fall in die Kategorie der spontanen Umbildungen gehört.]

6. E. Navratil (Budapest). „Ein nicht genau beobachteter Fall. Ich untersuchte Doz. Dr. F. in Budapest im Jahre 1883 und fand am linken Stimmbande einen erbsengrossen Polypen (gestielt), keine Infiltration des Stimmbandes. Nach einigen Monaten sah ich ihn zum zweiten Male mit Infiltration des Stimmbandes. Polyp kaum als solcher zu erkennen, weil er mit dem infiltrierten Stimmbande zusammenfloss. Später sah ihn X. (ungefähr 1 Monat später) und diagnostizierte Krebs, Y. hielt es für Tuberkulose und Z. (wie ich vernahm) für eine durch lokale Behandlung (Einpinselung von Jodglyzerin) hervorgerufene Entzündung. Pat. bekam nach einigen Monaten Suffokationsstenose, wurde von Doz. Dr. V. in Chloroformnarkose tracheotomiert, und starb unter den Erscheinungen eines Comas gleich nach der Operation. Obduktion wurde verweigert."

[Auch auf diesen Fall dürften die zum vorhergehenden gemachten Bemerkungen volle Anwendung finden.]

7. David Newman (Glasgow) gedenkt eines von ihm der Glasgow Pathological and Clinical Society im November 1885 demonstrierten Falles, dessen Geschichte er in einer späteren Arbeit („Observations on seven cases of cancer of the larynx", Glasgow Med. Journal, Februar 1888, Separatabdruck pp. 6 u. 7), wie folgt, kurz mitgeteilt hat: „. . . . Den anderen Fall zeigte ich als ein Beispiel eines „„grossen, den oberen Teil der Kehlkopfhöhle einnehmenden Adenoms"". Später entfernte ich die grössere Hälfte der Geschwulst mittelst der Kehlkopfzange und unterwarf während meines operativen Vorgehens Fragment nach Fragment mikroskopischer Untersuchung. Die ersten Teile der Geschwulst zeigten

die Charaktere eines einfachen Adenoms, während die tieferen, zuletzt entfernten Teile die Struktur eines adenoiden Carcinoms mit ungewöhnlich reichlichem Stroma aufwiesen. Die Tracheotomie war im Oktober 1885 vor der Vornahme der intralaryngealen Operationen vorgenommen worden. Bald nachdem ich die Natur der tieferen Geschwulstteile entdeckt hatte, fand ich eine vergrösserte Drüse über der linken Seite des Schildknorpels. Danach gab ich den Gebrauch der Zange auf. Die Zunahme in der Drüsenvergrösserung war eine sehr langsame und der Patient erfreute sich bis zum Juli 1886 verhältnismässig guter Gesundheit. Zu jener Zeit waren sehr geringe Respirationsbeschwerden vorhanden, dagegen litt der Patient, selbst beim Trinken, an starken Schlingbeschwerden. Letztere nahmen konstant zu, schienen aber mehr die Folge der Cervicaldrüsenvergrösserung als einer Ausdehnung der primären Geschwulst zu sein. Der Tumor im Kehlkopf veränderte sich zwischen dem Beginne des Jahres 1886 und dem im September desselben Jahres erfolgten Tode des Patienten nur äusserst wenig."

Auf die briefliche Bitte des Herausgebers, sich ganz klar darüber auszusprechen, ob er diesen Fall als ein Beispiel a) spontaner, oder b) operativ veranlasster Umbildung, oder c) einer von Anfang an bestandenen Mischgeschwulst betrachte, erwiderte Kollege Newman am 26. April 1888 folgendes:

„Hinsichtlich des Falles von Adenom, welches in Adeno-Carcinom überging, so betrachte ich denselben als ein Beispiel von Umbildung, völlig unabhängig von dem operativen Vorgehen. Es war festgestellt worden, dass der Tumor im Kehlkopf (ohne merkliche Grössenzunahme) schon vier Jahre (!) vor dem Monat August 1885 bestanden hatte. In diesem Monat vergrösserte er sich plötzlich (!) während der Fall unter Beobachtung stand, und die Zunahme war eine so rapide, dass, während er im Juli die Grösse einer Erbse gehabt hatte, er bereits im Oktober desselben Jahres genügend gewachsen war, um die Respiration zu behindern und die Tracheotomie notwendig zu machen. Erst nach (!) alledem wurden die intralaryngealen Eingriffe vorgenommen. Vorher waren niemals Operationen im Kehlkopfe ausgeführt worden, da der Patient seine Zustimmung zu irgend welcher laryngealen Instrumentation verweigert und dieselbe erst dann gegeben hatte, als das Respirationshindernis ihn dazu zwang. Der Fall muss daher als ein Beispiel spontaner Transformation angesehen werden."

[Dieser Fall erscheint tatsächlich einwandsfrei. Der Umstand, dass die Existenz der Geschwulst ohne merkliche Veränderung ihrer Grösse laryngoskopisch bereits seit vier Jahren festgestellt war, das plötzliche Wachstum innerhalb weniger Monate (welches so lebhaft an die plötzliche Grössenzunahme seit Jahren unverändert bestandener Kröpfe bei Eintritt maligner Degeneration derselben erinnert) ohne irgend welche vorhergegangene intralaryngeale Instrumentation, die sorgfältige, alle ent-

fernten Teile der Geschwulst in ihr Bereich ziehende, wiederholte mikroskopische Untersuchung, die nur in den tieferen Abschnitten die Charaktere eines Drüsenkrebses erkennen liess, seitens eines Pathologen von der Kompetenz Dr. Newman's — alles dies vereinigt sich dazu, um den Fall im Lichte der spontanen Umbildung einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst in eine bösartige, nicht einer von Anfang an bestandenen Mischgeschwulst erscheinen zu lassen.]

8. Sommerbrodt (Breslau). „Am 24. Januar 1883 sah ich zuerst Herrn G., 48 Jahre alt, aus der Provinz Schlesien; derselbe hatte im November 1882 Morbilli überstanden und war 10 Tage nach dem ersten Aufstehen heiser geworden und geblieben. Der Befund am 24. Januar machte den Eindruck eines spitzzackigen Papilloms von auffällig weissgrauer Farbe am linken Stimmbande; ohne Behandlung veränderte sich in 5 Monaten das Bild, wie oben skizziert [die Beschreibung ist durch drei schematische Zeichnungen erläutert. Herausg.]; also Rückgang bis auf eine schmale, am Rande des Stimmbandes befindliche, verdickte, unebene Partie. Diese spontane Rückbildung liess mich Gutartigkeit annehmen. Patient ist noch in demselben Jahre in Gottstein's Behandlung getreten. In ganz derselben Stelle hat sich ein Carcinom entwickelt. Auf Gottstein's Veranlassung wurde die partielle Resektion des Larynx gemacht; die mikroskopische Untersuchung durch Professor Ponfick. Patient lebt heute noch. — Gottstein, dem ich Zeichnungen meiner ersten Befunde geschenkt habe, da ihm die eigentümliche Vorgeschichte des Falles fehlte, wird in der zweiten Auflage seines Lehrbuches wahrscheinlich den Fall speziell beschreiben[1]."

[Kollege Sommerbrodt selbst spricht von dem Fall nur als von einem Beispiel „anscheinenden" Uebergangs. Ob ein solcher tatsächlich vorgelegen hat, dürfte zweifelhaft sein. Könnte es sich nicht wahrscheinlicher um einen der von Fauvel beschriebenen Sprossungsprozesse (vgl. S. 101 ff.) gehandelt haben, bei dem die Vegetationen, welche von der ulcerierten Oberfläche eines ursprünglich vorhandenen Carcinoms aufschiessen, eine Zeit lang mehr oder minder intakt bleiben, und erst später langsam durch die fortschreitenden Ausbreitungen des primären Geschwürs zerstört werden? Der Herr Beobachter erwähnt selbst der auffallenden Färbung und Gestaltung („spitzzackig") des anscheinenden Papilloms.

---

1) Dies ist in der Zwischenzeit geschehen — vgl. Gottstein, „die Krankheiten des Kehlkopfes", II. Auflage, 1888, S. 169 — doch wird in der Gottstein'schen Beschreibung der oben gegebenen Details keine Erwähnung getan; im Gegenteil spricht Gottstein von einer „Zunahme der Verdickung am linken Stimmbande", die Sommerbrodt im März und im April gefunden habe. — Es muss hier offenbar ein Missverständnis vorliegen, da nach den oben erwähnten drei schematischen Zeichnungen Prof. Sommerbrodt's die Geschwulst am 14. März 1883 entschieden kleiner war, als am 24. Januar 1883, und im Mai 1883 wiederum kleiner als im März.

Anm. des Herausgebers.

Hinsichtlich letzterer möchte der Herausgeber sich erlauben, an den S. 116 beschriebenen Fall von anscheinendem „Papillomrasen“ zu erinnern. — Auch der Gedanke an eine primär vorhanden gewesene Mischgeschwulst dürfte bei der verhältnismässigen Kürze des Verlaufs bis zur Konstatierung der Malignität nicht ganz abzuweisen sein. — Jedenfalls wird man den Fall nicht als gesichertes Beispiel für das Vorkommen spontaner Umbildungen betrachten dürfen.]

9. Stoerk (Wien). „Uebergang eines Fibroms in Carcinom[1])“.

„Dass gutartige Neubildungen, wie Papillome, sich in bösartige umwandeln können, ist eine längst bekannte Tatsache. Der hier mitgeteilte Fall ist insofern interessant, als er den Nachweis liefert, dass der Prozess zu seiner Entwickelung 15 Jhre gebraucht hat.“

„Herr Demeter Grithis, 60 Jahre alt, Kaufmann aus Salina, gibt an, stets gesund gewesen zu sein bis auf die seit 15 Jahren bestehende Heiserkeit. Dieselbe habe ihn aber nicht besonders belästigt, indem er seinen Geschäften nach wie vor nachging. Als er am 15. September 1875 zu mir kam, erstreckte sich seine Hauptklage auf Atembeschwerden. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte den oberen Teil des Larynx, Epiglottis, Ligg. ary-epiglottica insgesamt normal, ebenso die beiden Aryknorpel; auf der linken Seite das wahre und falsche Stimmband zum Teil noch normal, an der rechten Seite befand sich ein Tumor, dessen Basis beiläufig an jenen Knickungen der Schleimhaut begann, welche wir als Anfangsteil der falschen Stimmbänder ansprechen. Der Tumor spitzte sich zu und reichte weit über das falsche Stimmband der linken Seite hinaus. Mithin bedeckt dieser Tumor den ganzen Larynxeingang und das einzige, was übrig blieb, war das hintere Segment des linken wahren Stimmbandes. Zwischen Tumor und Stimmband war ein kleiner Raum, durch welchen der Patient atmete. Bei der Sondierung zeigte sich der Tumor beweglich, aber immerhin von einer auffallenden Härte. Das einzige Moment, das zu einer Operation, welche der Patient dringend verlangte, verleiten konnte, war die Angabe des Patienten, schon länger als 15 Jahre an dem Uebel zu leiden. Ich entschloss mich zur Operation und trug am 15. September mit einer enorm grossen Guillotine diesen Tumor ab; nachdem dieser entfernt war, sah man, dass die ganze rechte Hälfte des Larynx starr, unbeweglich war. Die Sprache war besser geworden, die Exkursion des übrig gebliebenen linken gesunden Stimmbandes gleich Null, da infolge der durch die Neubildung bedingten Starrheit weder das Oeffnen noch das Schliessen möglich war. Die mikroskopische Untersuchung zeigte zweifellos die Elemente des Carc. epitheliale. Obschon Patient sich etwas erleichtert fühlte und freier atmete, verliess er dennoch — nach meinen Begriffen — ungeheilt die Anstalt, woselbst

1) Dieser wie der folgende Fall sind bereits in des Autors „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs“, Stuttgart 1880, S. 426, 427 mitgeteilt worden, welcher die obigen Beschreibungen wörtlich entlehnt sind. Anm. d. Herausgebers.

er behufs Operation untergebracht war, ging dann in seine Heimat und starb daselbst nach wenigen Wochen."

[Der Titel dieses Falles: Uebergang eines „Fibroms" in Carcinom — ermangelt genügender Begründung, denn mit Ausnahme der Angabe, dass der Tumor bei der Sondierung sich von „einer auffallenden Härte" gezeigt habe, rechtfertigt weder der klinische Befund noch das Resultat der mikroskopischen Untersuchung — soweit mitgeteilt — die Bezeichnung des Tumors als eines ursprünglichen Fibroms. — Ferner geht aus der Krankengeschichte durchaus nicht mit Sicherheit hervor, dass in der Tat seit 15 Jahren ein Tumor im Kehlkopf bestanden habe. Der Kranke gab freilich an, schon länger als 15 Jahre an „dem Uebel" zu leiden, da er aber im Anfang der Beschreibung angegeben hatte, dass er bis auf die seit 15 Jahren bestehende „Heiserkeit" stets gesund gewesen sei, und weder über die Dauer der Atemnot, welche zur Zeit der Konsultation seine Hauptklage bildete, noch über die Vornahme früherer laryngoskopischer Untersuchungen, welche die seit so vielen Jahren bestehende Existenz einer Kehlkopfgeschwulst festgestellt hätten, etwas gesagt ist, so werden Skeptiker immer einwenden können, dass der Kranke unter dem „Uebel" seine „Heiserkeit" verstanden habe, und dass der ganze Fall die Erklärung zuliesse, dass sich an eine seit vielen Jahren bestehende einfache chronische Laryngitis ein primäres Epithelialcarcinom des Kehlkopfes angeschlossen habe. — Nicht genügend erklärt scheint auch die Starre des gesunden linken Stimmbandes. — Der Herausgeber hält es für durchaus möglich, dass es sich in der Tat um eine spontane Umbildung in diesem Falle gehandelt hat, und möchte dies, um alle Missdeutungen zu vermeiden, ausdrücklich betonen. Der vollgültige Beweis aber erscheint ihm nicht erbracht.]

10. Stoerk (Wien). „Uebergang eines Papillomas in Carcinoma."

„Der zunächst mitzuteilende Fall von Papilloma ist nach zwei Richtungen von höchstem Interesse: erstens zeigt er uns die Dauer dieser Neubildung durch 26 Jahre und zweitens eine Umwandlung dieses gewiss gutartig gewesenen Neoplasmas in ein Carcinom."

„Franz Lechner, 60 Jahre alt, Bürstenbinder aus St. Pölten, war nach seiner Aussage bis zum Jahre 1843 stets gesund; in diesem Jahre wurde er heiser. Die Heiserkeit blieb mit geringen Variationen durch 26 Jahre konstant. Im Frühjahre des Jahres 1869 stellten sich Atembeschwerden ein, welche sich mitunter zu vollständiger Asphyxie steigerten. Am 14. August 1869 kam der Kranke zu mir; sein Aussehen ziemlich gut, seine Stimme wohl nicht aphonisch, aber hochgradig heiser. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte beim ersten Anblicke ein riesiges Papilloma im Larynx, welches das ganze Lumen desselben erfüllte. Frei von der Neubildung war nur der obere und seitliche Rand der Epiglottis

und die oberen und rückwärtigen Flächen der beiden Arytaenoidüberzüge. Das Aussehen dieser Papillarmassen war aber von dem gewöhnlichen abweichend. Nur die Kuppen waren noch Papillarkörper, die basilaren Papillarmassen waren derb infiltriert[1]). Während das normale Papillom locker, weich, glanzlos ist und bei der Berührung mit der Sonde nicht blutet, fühlten sich diese Massen nur an den Kuppen weich an; der übrige grösste Teil war hart, der geringste Druck veranlasste Blutung. — Als Respirations- und Phonationsöffnung diente rückwärts zwischen den Arytaenoideis eine ganz kleine Oeffnung von zwei Linien Durchmesser. Die Hals-, Nacken- und Submaxillardrüsen nicht geschwellt. Der Kranke wollte operiert werden. Ich holte probeweise ein Stückchen der Neubildung heraus, um es auch mikroskopisch bestimmen zu lassen. Czerny hatte die Güte, die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Sein Befund lautete folgendermassen: „Die übersendeten Geschwulstpartikel sind allerdings noch auf ein Papillom zu beziehen, insofern als noch weder Schläuche oder Perlknoten wie bei Epitheliomen vorhanden sind. Die reichliche Epidermiswucherung[2]) aber, zwischen welcher Flimmerepithelien noch hier und da zu finden sind, dann die reichliche Zelleneinwanderung in das gefässreiche Stroma lassen auf bedeutende Recidivfähigkeit der Geschwulst rechnen, wenn sie nicht gründlich exstirpiert werden kann und ich zweifle gar nicht, dass sie schliesslich ganz malignen Charakter annehmen wird.“ — Der Kranke wurde daher rein exspektativ behandelt. Das Neugebilde nahm bis zu seinem Todestage am 9. Oktober stetig zu. Der Tod erfolgte durch Asphyxie.“

[Die Eingangs behauptete „Dauer der Neubildung durch 26 Jahre“ findet nur in der seit ebenso lange datierenden Heiserkeit einen Rückhalt, da von einer vor dem 14. August 1869 vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung nichts erwähnt wird und die Atemnot erst seit dem Frühjahr des letztgenannten Jahres datierte. — Auch ist der mikroskopische Befund noch nicht auf ein definitiv etabliertes Carcinom, sondern nur auf ein atypisches Papillom zu beziehen, und Angaben über das Obduktionsresultat, die den Uebergang tatsächlich erwiesen, sind leider nicht gemacht. — So könnten von strengen Kritikern auch in diesem Falle Einwendungen gegen seine Auslegung geltend gemacht werden, und es ist nicht zu leugnen, dass er nicht über jeden Zweifel erhaben ist. Nichtsdestoweniger sprechen der klinische Befund (der, wie in der Anmerkung erwähnt, durch die beigegebene Abbildung vorzüglich illustriert wird) und das mikroskopische Ergebnis ihrem ganzen Geiste nach so sehr für die Auffassung des Falles als eines Beispiels von spontaner Umbildung eines gutartig gewesenen Neo-

1) Die gegebene Beschreibung ist im Original durch eine vorzügliche Abbildung illustriert, welche die geschilderten Veränderungen aufs glücklichste und überzeugendste veranschaulicht. Anm. d. Herausgebers.

2) Soll offenbar „Epithelwucherung“ heissen. Anm. d. Herausgebers.

plasmas in ein Carcinom, dass der Herausgeber nicht ansteht, ihn mit hoher Wahrscheinlichkeit als ein solches anzusehen.]

11. B. Tauber (Denver, Colorado). „Ein Mann, Bauer, 65 Jahre alt, hatte mehrere Papillome im Inneren des Kehlkopfs, welche nach einem Jahre carcinomatös wurden; derselbe wurde von mir tracheotomiert und lebte nachher drei Monate."

[Der Fall ist zu kurz berichtet, als dass man ihn mit Sicherheit unter die hierher gehörigen rechnen könnte. Nach dem Alter des Kranken und der Kürze des Gesamtverlaufs zu schliessen, kann es sich ebensogut um ein anfänglich unter dem Bilde eines Papilloms verlaufendes primäres Carcinom oder um eine Mischgeschwulst gehandelt haben, als um eine Umbildung.]

12. Clinton Wagner (New-York). Patient konsultierte mich im Februar 1881, nur um meine Meinung über seinen Fall einzuholen. Ich fand ein grosses Papillom am rechten Stimmbande nahe der vorderen Kommissur. Es wäre damals leicht gewesen, die Geschwulst mit der Zange zu entfernen. Der Patient verweigerte indessen seine Zustimmung zu operativen Massnahmen und ich sah ihn erst im Februar 1882 wieder. In der Zwischenzeit war er nicht allein nicht seines Halses wegen behandelt, sondern nicht einmal von irgend Jemandem laryngoskopiert worden. Nunmehr füllte die Geschwulst fast die ganze Kehlkopfhöhle aus. Die Dyspnoe war sehr bedeutend. Mehrere Fragmente wurden mit der Zange entfernt. Dr. Heitzmann stellte folgende mikroskopische Diagnose: „Papillom auf entzündeter Basis; mag nach gründlicher Entfernung vielleicht nicht recidivieren; sollte aber ein Recidiv erfolgen, so würde dies in einer bösartigen Form erfolgen." — Die Neubildung erstreckte sich, so weit man sehen konnte, bis unterhalb der Stimmbänder herab. Tracheotomie und zweimalige Thyreotomie, sowie später partielle Kehlkopfexstirpation wurden vorgenommen. Weitere Information über den Fall ist zu finden in den „Archives of Laryngology", Januar 1883, in den „Philadelphia Medical News" vom 3. Februar 1883 (Artikel: „Intralaryngeale Neubildungen" im Abschnitt „Papillome") und in den Archives of Laryngology, April 1883."

[Die Geschichte des Falles liess es dem Herausgeber als nicht ganz unzweifelhaft erscheinen, ob die Neubildung nicht primär bösartig gewesen und nur unter dem Bilde eines Papilloms aufgetreten sei. Kollege Wagner aber, dem er seine Bedenken mitteilte, hält daran fest, dass es sich „im Beginne unzweifelhaft um ein Papillom gehandelt habe", und glaubt auch nicht, dass zur Zeit der Vornahme der ersten Thyreotomie Krebs vorgelegen habe, da nach derselben völlige Heilung eingetreten und der Kehlkopf frei von Ulceration und Neubildung gewesen sei. Erst vier Monate nach der Thyreotomie sei ein Recidiv aufgetreten, die Laryngofissur zum zweiten Male vorgenommen, und die damals entfernten Tumormassen von Dr. Heitzmann noch immer für „Papillome"

erklärt worden. Erst 16 Wochen später sei das zweite, nunmehr epitheliomatöse Recidiv erfolgt, infolgedessen die partielle Kehlkopfexstirpation vorgenommen sei. — Der Herausgeber muss bekennen, dass er noch immer nicht völlig überzeugt ist, und möchte, um nicht eigensinnig zu erscheinen, an die Fälle Krieg's (S. 122 u. ff.) und v. Sokolowski's (S. 125 u. ff.) erinnern. Indessen will er andererseits gewiss nicht die Möglichkeit bestreiten, dass in diesem Fall tatsächlich eine Umwandlung vorgekommen sein mag.]

Bei einem Rückblick auf die im vorstehenden Abschnitt zusammengestellten Fälle dürfte sich folgendes ergeben:

Es war vorauszusehen, dass die unter die Kategorie anscheinender spontaner Umbildung fallenden Beobachtungen an Zahl gering und inhaltlich meistenteils mehr oder minder zweifelhaft sein würden.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so war die Einführung der intralaryngealen Chirurgie verhältnismässig so schnell der Verwertung der Laryngoskopie für die ärztliche Diagnose gefolgt, dass naturgemäss nur wenige einschlägige Fälle innerhalb der zwischen diesen beiden Daten liegenden Periode zur Beobachtung kommen konnten. Und als einmal die intralaryngeale Chirurgie sich das Bürgerrecht erworben hatte, war es bei der verhältnismässigen Geringfügigkeit intralaryngealer Eingriffe fast selbstverständlich, dass nur in ganz ausnahmsweisen Fällen einer irgend welche Beschwerde machenden Kehlkopfneubildung die Gelegenheit zur weiteren Entwickelung gelassen werden würde, ohne dass der Versuch gemacht worden wäre, diese Entwicklung durch intralaryngeale Operationen der einen oder der anderen Art zu stören.

Die Tatsachen haben diesen theoretischen Reflexionen vollkommen entsprochen: unter 10747 mitgeteilten Fällen ist nur 12 Mal eine anscheinende spontane Umbildung berichtet worden.

Was zweitens den inneren Wert jedes dieser zwölf Fälle anbetrifft, so war der Natur der Sache nach zu erwarten, dass derselbe nur unter ganz ausnahmsweise günstigen Verhältnissen ein unbestrittener sein würde. Denn wenn wir erwägen, 1. dass bösartige Neubildungen vollständig unter dem Bilde gutartiger auftreten können, 2. dass ein Fall erst zu jener Periode zur Beobachtung kommen mag, wo von einer ulcerierten Oberfläche papillomähnliche Vegetationen aufgeschossen sind, welche den Mutterboden völlig verdecken mögen, 3. dass auch im Kehlkopf unzweifelhaft Mischgeschwülste vorkommen, 4. dass, wie im VII. Abschnitt gezeigt worden ist, ein allgemein gültiges Kriterium für die Natur der fraglichen Neubildungen nicht existiert und dass aus einem Symptom, wie langjähriger Heiserkeit, durchaus nicht ohne Weiteres geschlossen werden darf, dass die Neubildung selbst bereits seit vielen Jahren bestanden hat — so ist es leicht ersichtlich, dass man nur in den seltensten Fällen auf eine so günstige Konstellation aller Umstände hoffen konnte, dass ein sicheres Urteil über die wahre Natur des fraglichen Prozesses ermöglicht würde.

Auch in dieser Beziehung haben die Tatsachen den Voraussetzungen entsprochen: bei möglichst unbefangener kritischer Sichtung der eingesandten zwölf Fälle war nur ein einziger, der Newman'sche (Nr. 7), als völlig einwandsfrei, der Fall von O. Chiari (Nr. 2) und der zweite Fall von Stoerk (Nr. 10) als mit hoher Wahrscheinlichkeit, der Fall von Garel (Nr. 4), Stoerk's erster Fall (Nr. 9) und der Fall von Clinton Wagner (Nr. 12) als sehr möglicherweise hierher gehörend zu bezeichnen, während die andere volle Hälfte der unter dieser Kategorie berichteten Fälle: Bayer's (Nr. 1), Fano's (Nr. 3), Lublinski's (Nr. 5) Navratil's (Nr. 6), Sommerbrodt's (Nr. 8), Tauber's (Nr. 11) grösseren oder geringeren Bedenken hinsichtlich ihrer wahren Natur ausgesetzt ist.

Aber selbst dieses Resultat genügt, um es fast über allen Zweifel zu erheben, dass auch im Kehlkopfe, wie in anderen Organen des Körpers gelegentlich unter dem Einflusse uns noch unbekannter Verhältnisse, jedenfalls aber **ohne alle intralaryngeale Instrumentation**, eine Umwandlung gutartiger Geschwülste in bösartige zu Stande kommt!

Von welcher Bedeutung dies für die Grundfrage unserer Sammelforschung ist, wird in den Schlussbetrachtungen dieser Arbeit erörtert werden.

X. Sichere, resp. wahrscheinliche Fälle von Umbildung nach intralaryngealen Operationen.

1. Ueber den ersten hierhergehörigen Fall sind von den Herren Aschenbrandt (Würzburg) und Seifert (Würzburg) zwei unabhängige Darstellungen eingelaufen, aus denen die folgende Krankengeschichte zusammengestellt ist. Die anfänglichen anamnestischen Daten sind einem Briefe der Witwe des Patienten entnommen, welchen Kollege Aschenbrandt uns gütigst zur Verfügung gestellt hat:

J. S., Handelsmann aus Creylingen in Württemberg, aus langlebiger Familie stammend, wurde im Alter von 37 Jahren von Prof. Rossbach wegen Kehlkopfpolypen operiert. Nähere Daten sind nicht gegeben. Es erfolgte eine zweijährige Ruhepause, dann erschien das Uebel wieder und Patient begab sich im Jahre 1882 in die Behandlung Prof. Gerhardt's, welcher ebenfalls operativ vorging. Patient blieb neuerdings ein Jahr lang frei von Beschwerden; dann traten solche wiederum auf, und Patient musste, der Beschreibung der Witwe zufolge, nunmehr fast vierteljährlich Prof. Gerhardt zu Rate ziehen. So ging es fort bis zur Uebersiedelung Prof. Gerhardt's nach Berlin (1885). In der Zwischenzeit wurde er zu wiederholten Malen von Prof. Gerhardt operiert, ein Mal auch (nach dem Seifert'schen Bericht) von Dr. Möser. Im Herbst 1885 trat Patient in Dr. Seifert's Behandlung. Beide Taschenbänder und Stimmbänder waren mit Papillomen besetzt, welche Respiration und Phonation hinderten. Die Neubildungen wurden wiederholt (4—5 Mal) von Seifert mit Schlinge, Zange und Galvanocauter entfernt. Die von

dem Operateur vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab als Befund: Papillome, und die in immer kürzeren Zwischenräumen, aber stets an denselben Stellen erfolgenden Recidive waren bis $1/2$ Jahr vor der schliesslich vorgenommenen Kehlkopfexstirpation gutartiger Natur. Als der Patient im Jahre 1886, sechs Monate vor seinem Tode, in Dr. Aschenbrandt's Behandlung trat, war der ganze Kehlkopf ergriffen, und schliesslich wucherte die Neubildung durch den Schildknorpel nach aussen. Angesichts dieser Tatsache, die so deutlich für Carcinom sprach, und der beträchtlichen Kachexie wurden keine Teile der Geschwulst mehr behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt. Nachdem die Tracheotomie wegen hochgradiger Dyspnoe erforderlich geworden war, wurde 3 bis 4 Wochen später von Dr. Rosenberger die totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen. Der Patient starb 24 Stunden später. Spezielle Todesursache nicht angegeben. Bei der Obduktion fand sich ein faustgrosses Epitheliom, welches den grösseren Teil des Kehlkopfs einnahm. Die Speiseröhre war miterkrankt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, Dr. Seifert zufolge, „in einzelnen Schnitten oberflächliche Epithelwucherung (Papillombildung), während stellenweise diese Epithelwucherung in die Tiefe strebt (in Zapfenform), die Lymphgefässe ausfüllend. Das Centrum der Geschwulst zeigt die Charaktere des Epithelialcarcinoms.“

[Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich in diesem Falle um eine tatsächliche Umbildung einer ursprünglich gutartigen Neubildung gehandelt hat. Für diese Auffassung sprechen:

a) die lange Gesamtdauer des Falles. (Im Jahre 1882 kam Patient unter Prof. Gerhardt's Behandlung. Schon zwei Jahre vorher war er von Prof. Rossbach operiert worden. Sein Tod erfolgte Ende 1886. Das Leiden muss also in minimo 6 Jahre bestanden haben);
b) die lange Zeit (zwei Jahre), die zwischen der ersten Operation und dem ersten Recidiv, und die, wenn auch kürzere, doch immer noch verhältnismässig lange Zeit, die zwischen dem ersten und zweiten Recidiv verstrich;
c) die immer kürzer werdenden Intervalle zwischen den folgenden Recidiven, die darauf hindeuten, dass die Geschwulst mehr und mehr in atypische Wucherung geriet;
d) der Umstand, dass die äussere Erscheinungsform der Geschwulst fast bis zum Ende die multipler Papillome war;
e) das Resultat der mikroskopischen Untersuchung nach dem Tode, welche nur in den centralen Teilen die Charaktere des Cancroids, in anderen Schnitten Durchbruch der Epithelwucherung in die Tiefe, in wiederum anderen Stellen aber nur oberflächliche Epithelwucherung zeigte.

Alle diese Umstände, besonders aber der letzte, tragen dazu bei, diesen Fall im Lichte einer echten Umwandlung erscheinen zu lassen.]

2. Bayer (Brüssel) hat im Jahre 1873 in Gemeinschaft mit Prof. V. von Bruns einen damals 54jährigen Herrn wegen einer mit breiter Basis dem rechten Stimmband aufsitzenden, kleinbohnengrossen Granulationsgeschwulst behandelt. Die Geschwulst wurde mit der schneidenden Pinzette entfernt und die Basis mit dem Lapisstift geätzt. „Eine mikroskopische Untersuchung wurde meines Wissens nicht angestellt.“ Der Patient wurde von Prof. v. Bruns als radikal geheilt entlassen, und letzterer sprach sich sehr hoffnungsvoll betreffend des voraussichtlichen Ausbleibens von Recidiven aus. Zwölf Jahre hindurch blieb der Patient in der Tat von Kehlkopfbeschwerden frei. Im Jahre 1885 aber stellte er sich dem Kollegen Bayer aufs neue vor mit „knorpelharten, papillomartigen Auswüchsen auf dem ganzen rechten Stimmbande, etwa wie Jurasz sein verhorntes Papillom beschreibt.“ Die von Bayer nach intralaryngealer Entfernung der Neubildung angestellte mikroskopische Untersuchung führte zur Diagnose: Epitheliom, und diese Diagnose wurde weiterhin durch die beständigen Recidive und durch das Umsichgreifen der Infiltration gegen die Trachea hin mit Geschwulstbildung unterstützt. Bereits zu verschiedenen Malen ist das Stimmband selbst abgeräumt und auch die Tumoren, die sich auf der unteren Seite desselben gebildet hatten, entfernt worden.

Anfang 1887 hatte die Situation einen bösen Anblick; die Recidive nahmen einen rascheren Verlauf an. Es wurde jedoch alles entfernt und innerlich — obwohl Patient nie syphilitisch gewesen war — mehrere Monate hindurch Jodkalium gegeben. Ende 1887 musste wieder operiert werden. Seit drei Monaten ist nichts mehr von Belang geschehen und nur auf der Unterfläche des Stimmbandes und in der Trachea langsamer Nachwuchs zu bemerken, der wegoperiert wird. Die Stimme ist ziemlich gut und tönt.

[Dass die ursprüngliche Geschwulst eine gutartige war, ist durch die zwölfjährige Ruhepause, die ihrer Entfernung folgte, wohl zur Genüge erwiesen. Dass es sich gegenwärtig um ein Epithelcarcinom mit langsamem Verlaufe handelt, dürfte wohl ebensowenig zweifelhaft sein. Insofern also gehört der Fall entschieden hierher. Andererseits aber könnte die gegenwärtige Neubildung sehr wohl als eine Narbengeschwulst aufgefasst werden. Es muss hinsichtlich dieser streitigen Frage auf die allgemeinen Ausführungen des VII. Abschnittes, S. 145 u. ff. verwiesen werden.]

3. Der hier folgende Fall ist in die Kategorie der sicheren resp. wahrscheinlichen Fälle von Umbildung aufgenommen worden, weil nicht nur der Beobachter, Kollege Beschorner (Dresden) und der pathologische Anatom, Prof. Birch-Hirschfeld, der die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente vorgenommen hat, ihn mit Bestimmtheit als „sicher“ bezeichnet haben, sondern weil auch andere Autoritäten auf diesem Gebiete, nämlich Prof. Paul Bruns[1]) und Prof.

1) Die Laryngotomie etc. S. 143, letzter Absatz.

Eppinger[1]) ihn nach den derzeit vorgelegenen Mitteilungen in das Gebiet der Umwandlungen einzurechnen geneigt gewesen sind. Der Herausgeber muss indessen gestehen, dass er in dieser Hinsicht gegenwärtig starke Zweifel hegt, und es soll nach Mitteilung des Falles versucht werden diese Zweifel zu motivieren. Der Fall selbst ist von Dr. Beschorner bereits vor 12 Jahren beschrieben worden[2]). Seine wesentlichen Züge sind folgende:

Am 16. Januar 1875 wurde B. von einer 54jährigen Dame wegen heftiger Atemnot konsultiert. Die Anamnese wies auf ein Kehlkopfleiden hin, das sich seit etwa drei Jahren entwickelt und schon im Jahre 1874 zu völliger Aphonie geführt hatte. Das Laryngoskop zeigte eine von der Stimmbandkommissur und dem rechten Morgagni'schen Ventrikel ausgehende, gelappte, maulbeerförmige Neubildung, welche das Kehlkopflumen bis auf eine rabenfederkieldicke Oeffnung verschloss. Intralaryngeale Entfernungsversuche vergrösserten die bestehende, hochgradige Dyspnoe aufs bedenklichste. Es wurde daher am 24. Januar die Tracheotomie vorgenommen, und nachdem sich Patientin von diesem Eingriffe erholt hatte, die Geschwulst in mehreren Sitzungen mit der Quetschschlinge bis auf einen kleinen, aus der Morgagni'schen Tasche hervorragenden Stumpf entfernt. Dieser Stumpf, den damals zu exstirpieren nicht gelang, vergrösserte sich schnell, und bereits am 25. September desselben Jahres kehrte die Patientin, der die Trachealkanüle am 15. März entfernt worden war, mit heiserer Stimme wieder. An Stelle des Stumpfes zeigte sich ein kleinerdbeergrosser Tumor. Es gelang nunmehr leicht, denselben zu entfernen. Schon am 26. Februar des folgenden Jahres (1876) aber fanden sich beide Stimmbänder in ihrer ganzen Breite und Ausdehnung dicht besetzt mit einer Neubildung, welche gleichfalls anscheinend papillomatöser Natur war, aber viel feiner granuliert, körniger erschien, als die frühere. Die Patientin war aphonisch. In vier Sitzungen wurden mit dem von Bruns'schen Quetschschlingenschnürer unter Schwierigkeiten immer nur kleinere Partien losgetrennt; hierbei war es unvermeidlich, zugleich mit den Excrescenzen auch Teile des Mutterbodens, mit denen sie innig und tief verwachsen erschienen, loszutrennen. Nach Beendigung der Operationen und energischer Aetzung mit Lapis erschienen nunmehr (4. März 1877) die Stimmbänder uneben, wulstig, rissig. Ueber die mikroskopische Natur des Neoplasmas in den verschiedenen Stadien der Operationsgeschichte urteilte Prof. Birch-Hirschfeld folgendermassen:

„Die untersuchten Neubildungen aus dem Kehlkopf sind sämtlich von der Struktur des Papilloms; doch ist es bemerkenswert, dass bei der erst exstirpierten Geschwulst die Epitheldecke zarter ist, während die einzelnen Zellen derselben sehr gleichmässig sind; das Stroma relativ vorwiegend, nicht kernreich."

---

1) Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea. 1880. S. 189, 190 und 225.

2) Berliner klin. Wochenschrift. 1877. Nr. 14.

„Die dem ersten Recidiv entsprechenden Geschwulstmassen zeigen eine dickere, wenn auch noch ziemlich regelmässige Pflasterepitheldecke, das Stroma ist kernreicher und, wie es scheint, auch stärker vascularisiert. Die zuletzt exstirpierten Massen lassen unverkennbar eine stärkere Wucherung der Epithelien hervortreten. Die Zellen sind unregelmässiger, kleiner, oft mehrkernig, das Stroma tritt sehr zurück, enthält übrigens reichliche Rundzellen."

„Es geht hieraus hervor, dass mit jedem neuen Recidiv die Neubildung intensiver in Wucherung geraten ist und sich mehr und mehr dem Charakter einer atypischen Geschwulst genähert hat. Es ist sehr wohl denkbar, dass bei dem letzten Recidiv auch an der Basis der papillomatösen Massen eine Wucherung in das Schleimhautgewebe hinein stattgefunden hat."

Nach diesem pathologisch-anatomischen Befunde gab sich Kollege Beschorner zur Zeit der Veröffentlichung des Falles (Frühjahr 1877) nichts weniger als sanguinischen Hoffnungen hin und meinte im Gegenteil in seinen Schlussworten, dass ihm aus dem Obengesagten hervorzugehen scheine, dass das Papillom „mehr und mehr einen malignen Charakter anzunehmen begonnen habe."

Gegenwärtig ergänzt er in seinem Beitrag zur Sammelforschung den Fall folgendermassen:

„Spätere wiederholte Recidive wurden leicht auf natürlichem Wege beseitigt; dieselben nahmen aber mehr und mehr einen malignen Charakter an, und wurde Anfang der achtziger Jahre die Neubildung von Prof. Birch-Hirschfeld zweifellos für Carcinom erklärt. Die Neigung zum Recidivieren schwand jedoch (!), so dass in den letzten Jahren keine intralaryngeale Operation mehr vorgenommen zu werden brauchte. Erst Februar 1887, also 12 Jahre nach dem ersten Eingriff, ist Patientin einem Uteruscarcinom erlegen. Von Seiten des Kehlkopfes hatte sie keinerlei Beschwerden (!); die Atmung blieb völlig ungehindert, die Stimme infolge der destruierten Stimmbänder rauh, aber weithin verständlich. Benachbarte Drüsen erkrankten nicht. (Vgl. hierzu Birch-Hirschfeld, Pathologische Anatomie; Kapitel: Krankheiten des Kehlkopfs, und Eppinger, Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea, Berlin 1880, S. 189, 190 und 225.)

[Nach der im Jahre 1877 erfolgten Beschreibung des Verlaufs dieses Falles und, vor allem, nach den Resultaten der mikroskopischen Untersuchung schien die Tatsache einer vor sich gehenden malignen Umbildung so klar erwiesen, dass der Herausgeber selbst in der Controverse, die der Sammelforschung vorausging, auf den Fall als einen hierhergehörigen aufmerksam machte (vgl. S. 89), und dass auch der sonst in der Frage des Uebergangs gutartiger in bösartige Geschwülste anscheinend ziemlich skeptische Eppinger (l. c.) nicht Anstand nahm, gerade diesen Fall als Paradigma solcher Umwandlungen wiederholt zu zitieren.

Der Herausgeber muss aber offen bekennen, dass er seine Anschauung nach der Lektüre der oben zitierten ergänzenden Mitteilungen des Kollegen Beschorner beträchtlich geändert hat. — Dieselben lauten dahin, dass „die Neigung zum Recidivieren geschwunden“ sei, dass die Patientin in den letzten Jahren ihres Lebens von Seiten des Kehlkopfs „keinerlei Beschwerden“ gehabt habe, und dass in diesen Jahren keine intralaryngealen Operationen mehr hätten vorgenommen zu werden brauchen.

In dreierlei Weise könnte voraussichtlich dieser nach der vorhergegangenen Beschreibung doppelt überraschende Verlauf gedeutet werden, nämlich dahin:

1. dass eine allmähliche Spontanheilung eingetreten sei,
2. dass die intralaryngealen Operationen den Krebs ausgerottet hätten,
3. dass die Anschauung von der stattgehabten Umbildung auf einem diagnostischen Irrtum beruht habe.

Was die erste Deutung betrifft, so kann der Herausgeber nur sagen, dass ihm im Gebiete des Kehlkopfkrebses hinsichtlich einer Spontanheilung nur die Aeusserung Prof. v. Schroetter's dem damaligen deutschen Kronprinzen gegenüber bekannt ist[1]), dass er „in der jüngsten Zeit Gelegenheit gehabt habe, bei einem alten Herrn die vollständige spontane Rückbildung einer solchen Neubildung am Kehlkopfe zu sehen.“ — Sonst ist ihm weder aus eigener Erfahrung, noch aus der Literatur ein einziger Fall bekannt, in welchem sich im Gebiete des Kehlkopfkrebses ein ähnliches erfreuliches Ereignis vollzogen hätte. Da aber, wenn auch nur in seltensten Fällen, Spontanheilungen des Krebses beobachtet worden sind[2]), da theoretisch kein Grund vorliegt, weshalb sich nicht gelegentlich auch im Kehlkopf ein derartiger regressiver Prozess abspielen sollte, und da nunmehr das gewichtige Zeugnis Professor v. Schroetter's dafür vorliegt, dass eine vollständige spontane Rückbildung eines Kehlkopfkrebses tatsächlich einmal erfolgt ist, so wäre es zum wenigsten denkbar, dass auch in dem vorliegenden Beschorner'schen Falle eine derartige Naturheilung eingetreten ist. Sehr wahrscheinlich ist dies freilich nicht.

Zweitens käme die Möglichkeit in Betracht, dass der Krebs durch die intralaryngealen Operationen ausgerottet worden sei. Nach den von J. Solis Cohen, Schnitzler, B. Fränkel und dem Herausgeber beobachteten und teilweise sicher konstatierten Heilungen dieser Art in Fällen unzweifelhaften Kehlkopfkrebses (mehr über diesen Punkt zum Schlusse der Analyse) kann auch diese Möglichkeit im vorliegenden Falle nicht völlig ausgeschlossen

---

1) Die Krankheit Kaiser Friedrichs III. 1888. S. 43.

2) Vgl. z. B. Rokitansky, Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. 1855. Vol. I. S. 258.

werden, wenn auch die zahlreichen Recidive und die verhältnismässig grosse, räumliche Ausbreitung der Neubildung es nicht sehr wahrscheinlich machen, dass es schliesslich gelungen sei, dieselbe durch intralaryngeale Operationen radikal auszurotten.

Es bleibt endlich noch die Möglichkeit, dass ein diagnostischer Irrtum begangen worden sei und es sich überhaupt nicht um Krebs, sondern nur um ein recidivierendes Papillom gehandelt habe, dessen Recidivfähigkeit schliesslich erloschen sei. Und diese Erklärung deucht dem Herausgeber alle Wahrscheinlichkeit für sich zu haben. Der klinische Verdacht der Bösartigkeit war doch schliesslich nur auf zwei Momente gegründet: 1. Die immer schnelleren Recidive nach den Operationen, 2. das etwas veränderte Aussehen der recidivierten Geschwülste. Beide Momente genügen aber, nach anderweitigen, wohlverbürgten Beobachtungen (vgl. Abschnitt IV) nicht, um die Diagnose der Bösartigkeit mit Bestimmtheit zu begründen. Alle anderen klinischen Züge des Falles: die enorm lange Dauer (gegen 15 Jahre von dem Beginne der Beschwerden, 12 Jahre seit der Konstatierung einer Kehlkopfgeschwulst), der Mangel aller tieferen Veränderungen (Ulceration, Perichondritis etc.) im Kehlkopfe, das Freibleiben der benachbarten Drüsen bis zum Tode trotz dieser enorm langen Dauer, das Schwinden der Tendenz zu Recidiven — sind doch Momente, die nach der Meinung des Herausgebers sehr entschieden gegen Bösartigkeit sprechen.

Es bleibt also für die letztere nur der pathologisch-anatomische Befund. Dieser letztere ist nun freilich, soweit er ausführlicher mitgeteilt ist, suggestiv genug, und er hat ja auch Paul Bruns, Eppinger und den Herausgeber ursprünglich veranlasst, den Uebergangscharakter des Falles unbedenklich zuzulassen. Die Angabe Beschorner's in seinen ergänzenden Bemerkungen, dass Birch-Hirschfeld im Anfange der 80er Jahre die Neubildung „zweifellos“ für Carcinom erklärt habe, scheint vollends den Schlussstein auf das Gebäude zu setzen. Aber dem gegenüber muss doch betont werden, 1. dass das nach unseren gegenwärtigen Anschauungen allein wirklich beweisende Moment, d. h. die Konstatierung eines tatsächlich erfolgten Durchbruchs der Epithelialwucherung in die tieferen Gebilde, soweit aus den Mitteilungen Beschorner's zu entnehmen — nicht erbracht worden ist (Prof. Birch-Hirschfeld sagt nur: „Es ist sehr wohl denkbar (!), dass bei dem letzten Recidiv auch an der Basis der papillomatösen Massen eine Wucherung in das Schleimhautgewebe hinein stattgefunden hat.“); 2. dass von dem experimentum crucis, nämlich der Untersuchung des Kehlkopfs nach dem Tode, in den ergänzenden Mitteilungen nicht die Rede ist; 3. dass, wie aus dem Briefe Birch-Hirschfeld's an Beschorner (vgl. S. 150, 151) hervorgeht, die Ansichten des ersteren über die histologische Diagnose des Carcinoms im Laufe der Jahre

sehr bedeutsame Wandlungen erfahren haben, und dass Momente, auf welche er früher so viel Gewicht legte, dass er auf Grund derselben die Krebsdiagnose „aufs Allerbestimmteste" (vgl. S. 147) stellen zu können meinte, seinen gegenwärtigen Erfahrungen nach die Möglichkeit von Täuschungen nicht ausschliessen. Solche Täuschungen liegen, wie er selbst in dem zitierten Briefe hervorhebt, am nächsten bei Geschwülsten, „die durch wiederholte Eingriffe irritiert wurden". Diese Täuschungsquelle war im gegenwärtigen Falle angesichts der Häufigkeit der vorgenommenen Eingriffe gewiss reichlich vorhanden, und sieht man sich die einzelnen Momente, auf welche der Patholog seinen Verdacht auf eine in der Entwicklung begriffene Umwandlung basierte: den grösseren Kernreichtum und die stärkere Vascularisation des Stromas, die stärkere Wucherung der Epithelien, die Unregelmässigkeit und Kleinheit der Zellen, das Auftreten reichlicher Rundzellen etc. genauer an, — so lassen sich dieselben sämtlich ungezwungen auf einfache irritative Vorgänge in den recidivierenden Geschwülsten beziehen, Vorgänge, die nichts weniger als gebieterisch die Annahme einer bösartigen Umbildung verlangen.

Aus allen den genannten Gründen ist der Herausgeber geneigt, den Fall entweder völlig aus der Reihe der Beispiele von Umbildung zu streichen, oder ihn doch unter die „zweifelhaften" einzureihen. Die Gründe für seine Erwähnung an dieser Stelle sind bereits in den einleitenden Worten seiner Beschreibung gegegeben worden.]

4. Ueber den nunmehr folgenden Fall sind von den Herren Beschorner und Prinz (Dresden) zwei unabhängige Berichte eingesandt worden.

Kollege Prinz, in dessen Behandlung sich der Patient zuerst befunden hatte, schreibt:

„Generalstaatsanwalt v. S., ca. 60 Jahre alt, hatte im Jahre 1876 ein flaches Ulcus am rechten Stimmbandrande, ohne verdächtige Symptome, die auf Tuberkulose, Carcinom oder Syphilis schliessen liessen. Zweimonatliche Behandlung. Dezember 1877 zeigt sich, nicht ganz an derselben Stelle, sondern mehr nach der vorderen Kommissur zu, eine erbsengrosse, papillomatöse Schwellung, die Januar 1878 mit der kalten Schlinge abgetragen wurde — leider nicht mikroskopisch untersucht. Im Juli und November Recidive, die beide wieder abgeschnürt wurden. Leider im April 1879 abermaliges Recidiv, wo ich nun in Erinnerung des vorigen Falles [diese Bemerkung bezieht sich auf den weiterhin sub XI, 10 mitzuteilenden Fall. Herausg.] weiteres Operieren ablehnte. Vor mir hatte schon Tobold operiert, nach mir Bruns, Heinze, Beschorner, Böcker, welch letzterer auch Epithelialcarcinom mikroskopisch nachgewiesen hatte. Zuletzt in Schlesinger's Behandlung;

Tracheotomie und schliesslich auch Katheterismus der Speiseröhre wegen Carcinoms“.

Diese Mitteilungen werden folgendermassen vom Kollegen Beschorner ergänzt.

Herr v. Sch., damals etwa 60 Jahre alt, wurde Ende der 70er Jahre von Dr. Prinz in Dresden (wie mir letzterer mündlich mitteilte) wegen zweifellosen Larynxpapilloms intralaryngeal operiert. Es erfolgten Recidive, die, wie Patient mir mitteilte, von verschiedenen auswärtigen Laryngologen innerhalb der nächsten Jahre gleichfalls auf natürlichem Wege entfernt wurden.

Januar 1880 kam er mit stark defigurierten Stimmbändern, völlig heiser, zu mir, ohne dass ich, zumal da zu exzidierende Wucherungen nicht vorhanden, eine bestimmte Diagnose hätte stellen können.

1881 kratzte V. v. Bruns unterhalb des rechten Stimmbandes mit dem scharfen Löffel eine kleine Excrescenz hinweg und schickte den Patienten mit der Diagnose: „Flache Epithelialgeschwulst an dem vorderen Drittel der unteren Fläche des rechten Stimmbandes; leichte Verdickung in der Mitte des linken Stimmbandes“ in fast gleichem Zustande wie vorher zu mir zurück. Das nächste Jahr verging ohne wesentliche Aenderung. Im Mai 1882 wurde v. Sch. von Dr. Heinze-Leipzig galvanokaustisch, Juli 1883 von Dr. M. Schmidt in Frankfurt a. M. mit verschiedenen internen Mitteln behandelt und von letzterem an mich zurückgeschickt mit der Notiz: Markige Infiltration beider Stimmbänder und des rechten Taschenbandes.

1884 kehrte v. Sch., der sich fast immer auswärts, insbesondere während der Reichstagssessionen in Berlin, aufhielt, so dass ich ihn nur selten zu sehen bekam, von dort zu mir zurück mit der bestimmten, von Böcker gestellten und mikroskopisch bestätigten Diagnose: Kehlkopfcarcinom.

Das Bild war jetzt allerdings ein wesentlich anderes: knollige Wucherungen ragten von allen Seiten in das Kehlkopfinnere hinein, wuchsen ziemlich rasch an und gaben wegen drohender Suffokation am 17. Mai 1884 zur Tracheotomie Veranlassung.

Da nun bald (1885) auch der Eingang zur Speiseröhre in Mitleidenschaft gezogen wurde, musste künstliche Ernährung Platz greifen, und am 17. Januar 1886 ging Patient an Erschöpfung zugrunde. — In allerletzter Zeit behandelte ihn Dr. Stelzner, der die Tracheotomie ausgeführt, und Dr. Schlesinger, Dresden. — Die Diagnose Carcinom war zur unumstösslichen geworden.“

[Der Fall ist zwar nicht über allen Zweifel erhaben, da das schon 1876 konstatierte „flache Ulcus“ am rechten Stimmbandrande eine ominöse Bedeutung haben könnte. Immerhin muss man aber daran denken, dass Patient, als dieses Ulcus von Prinz konstatiert wurde, bereits vorher von Tobold operiert worden war, so dass der Substanzverlust auch auf Rechnung des Eingriffes ge-

schoben werden könnte. Andererseits spricht der excessiv lange Verlauf — über 9 Jahre! — lebhaft zugunsten der Anschauung, dass es sich in diesem Falle in der Tat um eine Umwandlung gehandelt hat. Man dürfte ihn also, wenn nicht mit Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit in die Reihe der hierher gehörigen Fälle zu setzen haben.]

5. A. Boecker (†) (Berlin). Folgender Fall wird aus der Praxis unseres verstorbenen Kollegen durch die Güte seines früheren Assistenten Dr. Schorler (Berlin) mitgeteilt:

„Herr W., 55 Jahre alt. Das Leiden war im 55. Lebensjahre aufgetreten. Status am 7. August 1874: Papillom von weisslicher Farbe, unebener Beschaffenheit, ziemlich derb, auf dem rechten Stimmband im vorderen Drittel, von Erbsengrösse, etwas über den Rand hinüberragend. Operiert mit Zange. Ob mikroskopisch untersucht, ist nicht angegeben. Zwei anscheinend gutartige Recidive. Das erste nach zwei Jahren, das zweite wieder zwei Jahre später, beide genau an derselben Stelle, wo die ursprüngliche Geschwulst sass, das erste Mal auch von derselben Form und Grösse. Zwischen der letzten intralaryngealen Operation und der Feststellung der Malignität vergingen 14 Tage. Von mikroskopischer Diagnose nichts erwähnt. Im Januar 1879 hat die maligne Neubildung das ganze rechte Stimmband ergriffen. Es stellen sich leichte Atembeschwerden ein. Das linke Stimmband in einen fast kleinfingerdicken, knolligen Tumor verwandelt. Im März 1879 wird die Tracheotomie nötig. Im August Durchbruch des Carcinoms auf die äussere Haut. Tod am 29. September 1879, fünf Jahre nach Beginn der Erkrankung."

[Trotz des Mangels der Angaben über den ursprünglichen mikroskopischen Befund ist der Fall wohl mit Wahrscheinlichkeit in die Kategorie der Umwandlungen zu rechnen. Es sprechen für diese Auffassung nicht nur die verhältnismässig lange Gesamtdauer, sondern vor allen Dingen die langen Zwischenräume zwischen der ursprünglichen Operation und dem ersten Recidiv, wie zwischen diesem und dem zweiten Recidiv, und auch die ausdrückliche Bemerkung, dass das erste Recidiv nicht nur genau an derselben Stelle erfolgt, sondern auch von derselben Form und Grösse gewesen sei, wie die ursprüngliche Neubildung.]

6. Der nächste Fall ist von Victor von Bruns, Paul Bruns und A. Böcker beobachtet worden. V. v. Bruns hat ihn in seinen „23 neuen Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfs", Tübingen 1868, S. 44 beschrieben, Böcker in der „Deutschen Klinik", 1874, No. 39, S. 308, den weiteren Verlauf mitgeteilt, und Paul Bruns in seinem mehrfach zitierten Werke „Die Thyreotomie etc.", S. 143, den schliesslichen Ausgang hinzugefügt. Gegenwärtig hat Kollege Schorler noch die Güte gehabt, den Fall nach den Aufzeichnungen seines verstorbenen, früheren Chefs Böcker zu rekapitulieren. Die hier folgende Beschreibung folgt

der Schilderung in dem Paul Bruns'schen Werke, nur sind einzelne Details in grösserer Ausführlichkeit nach den Schorler'schen Angaben mitgeteilt.

Der Fall betrifft einen 38 jährigen Herrn, bei dem sich auf der oberen Fläche und am Rande des linken Stimmbandes ein Papillom in Form eines Konglomerates von auffallend weissen, schichtweise über einander gelagerten Zäckchen entwickelt hatte. Nach der vollständigen Entfernung des Papilloms auf laryngoskopischem Wege durch V. v. Bruns (1867) hatte die Heilung mit Wiederherstellung der normalen Stimme 4 Jahre lang Bestand. Im Jahre 1873 (6 Jahre nach der ersten Operation), als Patient wieder in Behandlung kam, hatte sich ein Recidiv am linken Stimmbande und eine Neubildung von ganz demselben Charakter am rechten Stimmbande entwickelt, welche beide nicht ganz vollständig entfernt wurden. Schon nach $^1/_2$ Jahr trat Patient mit einem Recidiv in die Behandlung von Böcker. Der am 19. Dezember 1873 aufgenommene Befund desselben lautet: „Rechtes Stimmband verdickt, mit papillären Wucherungen besetzt, in der Mitte ein bohnengrosser Knoten, Morgagni'sche Tasche fast ausgefüllt, Taschenband nach oben gedrängt. Aussehen uneben, höckerig, körnig, zerklüftet. Farbe dem gekochten Eiweiss gleichsehend. Linkes Stimmband ähnlich, nur nicht so hochgradig besetzt.“ Böcker entfernte die Neubildungen mit der Zange, und zerstörte die Insertionsstellen durch Aetzungen mit Lapis, Chlorzink und Galvanokaustik. Nichts destoweniger erfolgten nunmehr immerwährend Recidive, zuerst in Zwischenräumen von 6 Monaten, dann immer rapider, schliesslich wächst die Neubildung „unter der Hand des Operateurs“. Im Ganzen wurden 9 Recidive gezählt. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Partien ergab (Paul Bruns zufolge) zuerst „lediglich die Charaktere des Papilloms“, dann (nach Schorler's Bericht) „kein bestimmtes Resultat“. Allmählich breitete sich die Neubildung an der rechten Seite in mehr diffuser Weise nach oben und unten aus, und wegen zunehmender Dyspnoe musste 1875 die Tracheotomie gemacht werden. Die Malignität der Neubildung wurde nunmehr von Dr. Wegener an einem Zapfen konstatiert, der in der Trachea neben der Kanüle sass. Es handelte sich um Epithelialkrebs. Gegen Ende desselben Jahres begann sich äusserlich am Halse in der Gegend der unteren Partie des Kehlkopfes eine geschwulstförmige Verdickung und derbe Infiltration auszubilden, in deren Bereich fistulöse Gänge und Taschen sich entwickelten, und später kamen aus der Trachealöffnung in der Umgebung der Kanüle knollige Wucherungen hervor, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung ebenfalls als Epithelialcarcinom erwiesen. Schliesslich erfolgte im Jahre 1876, neun Jahre nach dem ersten Auftreten des Leidens, der Tod an Kachexie.

[Dieser Fall darf wohl in der Tat als „beweisend“, wie Paul Bruns ihn l. c. nennt, angesehen werden. Das einzige Moment, welches überhaupt den Gedanken primärer Bösartigkeit erwecken

könnte, sind die „auffallend weissen, schichtweise über einander gelagerten Zäckchen“, in Gestalt welcher sich die ursprüngliche Neubildung präsentierte, und welche lebhaft an den „schneeweissen Papillomrasen“ des Herausgebers (vgl. S. 116) erinnern. Abgesehen aber davon, dass das laryngoskopische Aussehen allein, wie so oft hervorgehoben worden ist, für die Natur dieser Neubildungen nicht bestimmend ist, sprechen a) die lange Gesamtdauer des Falles (9 Jahre), b) das vierjährige freie Intervall nach der ersten Entfernung, c) der Umstand, dass die Recidive anfänglich in der ursprünglichen Neubildung ähnlicher Gestalt auftraten, d) die Resultate der zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen, die anfänglich die Charaktere des Papilloms, dann unbestimmten Befund, endlich Epithelialkrebs ergaben — mit Bestimmtheit dagegen, dass es sich von Anfang an um eine bösartige oder eine Mischgeschwulst gehandelt hat. Der sub c) genannte Umstand macht auch die Auffassung der Recidive als „Narbengeschwülste“ sehr unwahrscheinlich. Der Fall darf daher wohl als Typus einer echten Umwandlung aufgefasst werden.]

7. Guglielmo Fano (Triest). — Der Patient war ein Mann, dessen Leiden im 58. Lebensjahre begonnen hatte. An beiden Stimmbändern befand sich je ein blumenkohlartiger, weisslicher, platt aufsitzender Tumor, am vorderen Winkel ein ähnlicher, gestielter, in die Trachea hineinragender. Es wurden zu verschiedenen Malen Fragmente mittels Schlinge, Zange und Aetzmittel entfernt, aber keine mikroskopische Untersuchung angestellt. Nach der vollständigen Entfernung erfolgten zwei anscheinend gutartige Recidive in Zwischenräumen von je 2 — 3 Monaten, dann ein längeres Intervall und dann ein Recidiv, dessen maligne Natur dem Beobachter zufolge „unzweifelhaft auf die Inspektion und auf die klinischen Symptome gegründet war.“ — „Als ich den Kranken“, schreibt Kollege Fano, „1½ Jahre nach der letzten Operation untersuchte, nahm die maligne Neubildung den grössten Teil des Kehlkopfs ein. Der Kranke wurde ambulatorisch behandelt. Als sich hochgradige Larynxstenose entwickelte, ermahnte ich den Kranken dringend, sich in's Hospital aufnehmen zu lassen, behufs Vornahme der Tracheotomie. Dies verweigerte er und ich muss annehmen, dass er kurze Zeit darauf suffokatorisch zu Grunde ging. Der Tod erfolgte im 64. Lebensjahre. Keine Autopsie.

[Die Kürze obiger Mitteilung macht die Abgabe eines bestimmten Urteils über diesen Fall unmöglich. Namentlich ist der Leser hinsichtlich der eingetretenen Malignität der Neubildung ausschliesslich auf die oben zitierte Aeusserung des Kollegen Fano angewiesen. Wird die schliessliche Malignität mit dem Beobachter als erwiesen angenommen, so lässt sich auch gegen die Auffassung des Falles als eines Beispiels von Umbildung nicht viel einwenden. Sowohl die verhältnismässig lange Gesamtdauer (6 Jahre), wie die ur-

sprüngliche Multiplizität der Neubildungen sprechen für dieselbe. Indessen braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass bei der Abwesenheit jeder mikroskopischen Untersuchung und der Autopsie der geschilderte Verlauf und die Larynxstenose vollständig vereinbar sind mit der Entwicklung eines stark wuchernden, im Uebrigen aber durchaus gutartig bleibenden Papilloms. Mit dieser Bemerkung soll selbstverständlich kein Zweifel an der schliesslichen Diagnose des Kollegen Fano ausgedrückt werden. — Aber der objektive Kritiker kann den Beweis kaum als völlig erbracht anerkennen, und der Fall dürfte mit grösserem Rechte in der Kategorie der „wahrscheinlichen", als in der der „sicheren" aufzuzählen sein.]

8. C. Michel (Köln). „Nur einmal beobachtete ich ein Bösartigwerden von Papillom des Stimmbandes. Patient, ein 60jähriger Herr, kam, nachdem er mehrere Jahre heiser und bereits von Prof. Tobold behandelt worden war, zu mir. Er hatte eine papillomatöse Wucherung rechts vorn an der Kommissur und eine zweite desgleichen in der Mitte des rechten Stimmbandes. Es wurden 4 bis 5 Jahre hindurch zeitweise Fragmente mittels der scharflöffeligen Pinzette entfernt; wegen übergrosser Reizbarkeit aber — es war in der Zeit, wo es keine Cocainisierung gab — war gänzliche Ausrottung, besonders des vorderen Papilloms nicht möglich. Von diesem konnten nur kleine Stückchen entfernt werden. Stets kamen Recidive an denselben Stellen, aber auch da, wo wenig operiert worden war." Die Diagnose der ursprünglichen Gutartigkeit war nur auf Inspektion, nicht auf mikroskopische Untersuchung gegründet. Nachdem der klinische Verdacht auf Bösartigkeit aufgestiegen war, wurden Fragmente der recidivierten Neubildung an Prof. v. Recklinghausen geschickt. Derselbe erklärte die Geschwulst auch vom anatomischen Standpunkte als verdächtig. Es wurden nunmehr weitere Operationen unterlassen. „Als die Umwandlung oder die Bösartigkeit erkannt war, wuchs der vordere Teil des Papilloms (unter dem Kehldeckel), dem nie ordentlich beizukommen gewesen war, am zähesten." Etwa $1^1/_4$ Jahr später — im fünften Jahre der Behandlung — starb der Patient an Entkräftung.

[Auch in diesem Falle spricht die Multiplizität und räumliche Trennung der ursprünglichen Geschwülste für deren anfängliche Gutartigkeit. Die Möglichkeit primärer Bösartigkeit resp. primär bestandener Mischgeschwülste aber ist nicht ganz auszuschliessen. Auch hinsichtlich des schliesslichen Verlaufs und der definitiven Konstatierung der Bösartigkeit spricht der Bericht sich nicht genügend ausführlich aus. Es dürfte daher geraten sein, auch ihm nur das Prädikat der „Wahrscheinlichkeit", nicht das der „Sicherheit" zuzuerkennen.]

9. Des folgenden Falles ist bereits von Morelli in der Diskussion über den Schnitzler'schen Vortrag bei Gelegenheit der Naturforscherversammlung in Wiesbaden 1887 (vgl. Einleitung zur Sammelforschung,

S. 94) Erwähnung getan worden. In seinem Beitrag zur Sammelforschung ist Kollege Morelli nur in Kürze auf denselben zurückgekommen. Dagegen hat Prof. Navratil (Pest), an dessen Klinik der Fall beobachtet wurde, folgende sehr vollständige Beschreibung desselben eingesandt:

„G. M., 45 jähriger Herrschaftsbedienter, wurde im Januar 1879 auf die laryngo-chirurgische Abteilung des St. Rochus-Spitales zu Budapest aufgenommen. Die Untersuchung ergab bei sonstiger allgemeiner Gesundheit ein multiples Papillom des Larynx. Die einzelnen Gewächse papillärer Form von der Grösse einer Linse bis zu der einer grossen Erbse sassen auf den wahren Stimmbändern und vorderen Kommissur. Nach Entfernung mittels Guillotine wurden sie mikroskopisch als die gewöhnlichen Papillome (jetzt Pachydermia verrucosa, Virchow) diagnostiziert. Weitere Lokalbehandlung mittels Sulfas Zinci und Tannin-Einblasungen. Pat. verliess als geheilt das Spital nach einem Monate.

Nach einem Jahre, d. i. Januar 1880, kam er mit einem Recidiv, das ähnlich aussah, nur ein etwas lockereres Gefüge zeigte. Therapie dieselbe, nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Abermaliges Recidiv im Februar 1881, die Gewächse haben weichere Konsistenz. Die Wucherung hatte ihm beim schnelleren Gehen Atembeschwerden verursacht. Endolaryngeale Entfernung mittels Guillotine, Nachbehandlung mit Tannin-Insufflationen, entlassen nach 2 Monaten.

Schon Ende Dezember 1881 kam der Patient mit dem dritten Recidiv. Die Gewächse hatten eine auffallende Grösse und weiche Konsistenz, die laryngeale Schleimhaut zeigte chronischen Reizzustand. Nachdem die Gewächse mit der Guillotine entfernt wurden, habe ich dieselben vom Grunde aus mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Entlassen nach einem Monate.

Jetzt trat ein längerer Stillstand ein, da der Patient erst nach zwei Jahren im Januar 1883 mit dem vierten Recidiv aufgenommen wurde. Die Konsistenz der Gewächse war etwas derber. Operation, Auskratzung und Nachbehandlung wie im vorigen Falle.

Das fünfte Recidiv hatte sich nach 3 Jahren ausgebildet, zeigte im Mai 1886 eine bisher noch nicht erreichte Grösse und hatte bedeutende Stenose im Gefolge. Das Gefüge wie im vorigen Falle. Nun machte ich Pat. den Vorschlag, den Kehlkopf zu spalten und eine von mir in mehreren Fällen mit gutem Erfolge gemachte Operationsmethode ausführen zu lassen. Die Operation besteht in Laryngofissur und in Abtragung der papillären Wucherungen samt dem Grundboden, wie ich es seiner Zeit in der Berliner klin. Wochenschrift beschrieb. Pat. verweigerte seine Zusage, und daher wurde wie vorher operiert.

Schon im November 1886 hatte sich Pat. abermals, zum siebenten Mal, eingestellt, bei welcher Gelegenheit ich eine bedeutende Veränderung des Kehlkopfinneren fand. Wucherungen nicht von papillärer Form füllten die früher erkrankten Stellen aus. Beide Stimmbänder, die vordere

Kommissur und hintere Larynxwand gestalteten sich zu grossen, höckerigen, unebenen Tumoren um. Der linke Aryknorpel etwas geschwellt, anchylotisch. Die Tumoren schienen ineinanderzufliessen und hatten weicheres Gefüge.

Abmagerung, stenotisches Atmen, die Perkussion und Auskultation zeigt über den Lungenspitzen Dämpfung und Rasselgeräusche. Hektisches Fieber 38—39° C.

Nachdem nun die Diagnose auf Lungenphthise gestellt wurde, habe ich von einer Exstirpation der Tumoren umsomehr Umgang genommen, als die stetig zunehmende Atemnot die Tracheotomie dringend notwendig machte. Die stetig zunehmende Phthise führte zum Tode des Patienten Anfang März 1887.

Die Sektion und Analyse in Prof. Scheuthauer's Laboratorium ergab: Carcinoma epitheliale laryngis et tracheae supremae. Phthisis pulmonum cum cavernis et focis gangraenosis. Degeneratio amyl. renum et lienis."

[Die lange Gesamtdauer des Falles — über 8 Jahre —, die Länge der Intervalle zwischen dem dritten und vierten und dem vierten und fünften Recidiv, die allmählich sich vollziehende Umbildung in der äusseren Erscheinung der Neubildung, wie die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung der ursprünglichen Geschwulst und des Kehlkopfs nach dem Tode — vereinigen sich dazu, um diesen sorgfältig beobachteten und genau beschriebenen Fall als ein typisches Beispiel echten Ueberganges einer ursprünglich gutartigen in eine bösartige Neubildung erscheinen zu lassen[1]).]

10. David Newman (Glasgow). „Ein im Brit. Med. Journal, Vol. I, 1886, p. 815 erwähnter Fall, dessen Präparat im Museum der Glasgow Royal Infirmary aufbewahrt ist. Die primäre Geschwulst im Kehlkopf war ein Papillom und war von Dr. Morell Mackenzie etwa fünf Jahre vor der Zeit entfernt worden, als der Patient in die Behandlung des verstorbenen Dr. Foulis trat. Letzterer nahm am 30. April 1881 wegen Cancroids die totale Kehlkopfexstirpation vor. Der Patient starb im folgenden Winter an einer akuten Lungenaffektion. Das Cancroid entwickelte sich in der Narbe der alten, durch die intralaryngeale Operation gesetzten Wunde."

[Auch dieses Falles ist bereits in der Einleitung wiederholt (S. 87, 89) Erwähnung getan worden. Dass einer gutartigen Geschwulst hier an derselben Stelle fünf Jahre nach der intralaryngealen Operation eine bösartige folgte, ist unzweifelhaft. Mit dem Berichterstatter selbst aber wird man diese Tatsache wohl weit ungezwungener und richtiger als die Entwicklung einer Narbengeschwulst, denn als Beispiel einer wirklichen „Umbildung" zu

1) Interessant ist die Kombination von Kehlkopfkrebs mit Lungentuberkulose. Anm. des Herausg.

deuten haben. Es muss in dieser Beziehung auf die Ausführungen des VII. Abschnitts verwiesen werden.]

11. David Newman (Glasgow). „Der Patient war ein 45jähriger Mann, der bereits vor 6 Jahren an einer Kehlkopfgeschwulst litt (von welcher ich einen Schnitt untersuchte). Dieselbe wurde zu jener Zeit von dem verstorbenen Dr. Foulis entfernt. Innerhalb 6 Monaten recidivierte sie und wurde von neuem mittels der Zange exstirpiert. Sie recidivierte noch einmal und wurde von mir selbst entfernt. Mikroskopische Präparate aller entfernten Fragmente wurden sorgfältig untersucht und die Diagnose auf Papillom gestellt. 6 Monate nach der letzten intralaryngealen Operation fand ich eine kleine, irreguläre Neubildung ganz nahe der Stelle, wo das primäre Papillom gesessen hatte. Diese Neubildung zeigte indessen sowohl laryngoskopisch wie mikroskopisch die Charakteristica des Epithelioms."

[Aus der „Discussion on Cancer" in der Glasgow Pathological and Clinical Society, in welcher Kollege Newman dieses Falles gedachte (vgl. Separat-Abdruck p. 97) und auf welche er uns verweist, ist nur nachzutragen, dass in allen früher entfernten Fragmenten „das Epithel nirgendwo eine Tendenz zeigte, sich unterhalb seiner normalen Grenzen, d. h. unterhalb der Basalmembran, zu erstrecken", dass das Epitheliom schliesslich das Kehlkopfinnere und die Epiglottis einnahm, und dass der Patient seinem Leiden erlag. — Wenn auch etwas grössere Ausführlichkeit hinsichtlich des ursprünglichen klinischen Befundes, der Daten der Recidive und anderer klinischer Details der Sammelforschung wohl zu statten gekommen wären, so macht es die Präzision der mikroskopischen Befunde und die Länge des Gesamtverlaufs doch sehr wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle um ein Beispiel echter Umbildung, nicht um eine von Anfang an bestandene Mischgeschwulst gehandelt hat. Mit voller Sicherheit lässt sich dies freilich nicht behaupten.]

12. Schnitzler (Wien). „Den ersten Fall von Umwandlung eines unzweifelhaften Papilloms in Carcinom beobachtete ich vor etwa 12 Jahren bei einem Manne von etwa 56 Jahren. — Entfernung eines haselnussgrossen Papilloms vom rechten Stimmband. Recidiv nach etwa 6 Monaten: abermals Entfernung mit Messer und Galvanokaustik. Mikroskopische Untersuchung: gutartiges Neugebilde. Nach abermals 6 Monaten kolossales Carcinom, Tracheotomie."

13. Schnitzler (Wien). „Eine ähnliche Beobachtung (vgl. vorstenden Fall, Herausgeber) machte ich bei einer Frau von 48 Jahren. Die Papillome recidivierten wiederholt. Schliesslich Carcinoma unilat. und Tod."

„Die Beobachtung in beiden Fällen scheint mir unzweifelhaft. Die bösartigen Recidive erfolgten an denselben Stellen, wo vorher die gutartigen Neubildungen sassen."

Auf die Bitte des Herausgebers, die gegebenen Daten, besonders in dem zweiten Falle, weiter zu vervollständigen, da dieselben in obenstehender Form zur Bildung eines eigenen Urteils kaum ausreichten, hatte Prof. Schnitzler die Güte, folgende Antwort zu senden:

„Ich beeile mich Ihre Anfragen in Betreff der „Sammelforschung“ zu beantworten, indem ich meinen kurzen Bericht nach Möglichkeit zu ergänzen suche, obwohl ich befürchten muss, dass auch jetzt noch manche Punkte dunkel bleiben werden, die ich aber zu meinem Bedauern deshalb nicht ganz ausfüllen kann, weil die flüchtigen Skizzen — oder richtiger gesagt — Notizen, die ich seiner Zeit machte, nicht dazu bestimmt waren, später einmal wissenschaftlich verwertet zu werden und ich manches einfach aus der Erinnerung ergänzen musste und endlich, weil in nicht allen Fällen „wiederholte“ mikroskopische Untersuchungen vorgenommen wurden. Und nun komme ich zu den einzelnen Fällen:

Der erste Fall (ein Nordbahnbeamter K.) ist mir in lebhafter Erinnerung. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Neugebildes wurde von Ultzmann (der sich damals noch mit Histologie befasste) vorgenommen und dasselbe als ein unzweifelhaftes gutartiges bezeichnet. Bei der Untersuchung des nach etwa 6 Monaten recidivierten Neugebildes sprach sich U. nicht mehr so bestimmt für ein Papillom — aber auch noch nicht für Carcinom aus; dagegen geschah dies bei der Untersuchung einer kleineren Partie, die ich nach abermaligem Recidiv entfernte. Die Tracheotomie wurde sodann von Hofmokl ausgeführt. Als etwa 14 Tage später aus der Trachealwunde eine ungewöhnlich üppige „medulläre Wucherung“ zum Vorschein kam, erklärte Prof. Dumreicher, der sodann pro consilio berufen wurde, dieselbe als Medullarsarkom. Eine mikroskopische Untersuchung wurde jetzt nicht vorgenommen und ich möchte daher für die Richtigkeit dieser Diagnose nicht einstehen. Wollen Sie daher von dieser letzteren bei Ihrer Zusammenstellung insofern absehen, als Sie nur auf den Fall insoweit Rücksicht nehmen, dass ich das Neugebilde anfangs sowohl klinisch als auch mikroskopisch als gutartig (papillomatös), später als bösartig (carcinomatös) ansehen bzw. auffassen musste. Das Gleiche gilt von dem zweiten Falle. Die mikroskopische Untersuchung wurde von Prof. Scheuthauer gemacht und das exstirpierte Stück als gutartig bezeichnet; nach wiederholtem Recidiv zeigte das Neugebilde unzweifelhafte Charaktere des Carcinoms (klinisch).“

[Angesichts der Bestimmtheit, mit welcher diese beiden Fälle von dem Beobachter wiederholt als Beispiele von Umwandlung ursprünglich gutartiger Neubildungen in bösartige angesprochen werden, und angesichts des Mangels an triftigen Gegenbeweisen erschien es selbstverständlich als Pflicht, sie in die Kategorie der „sicheren“ resp. „wahrscheinlichen“ Fälle von Umbildung aufzunehmen. — Der Herausgeber kann aber nicht umhin zu bemerken, dass bei der Kürze des Verlaufs durchaus nicht ausgeschlossen ist, dass es sich, wie im Krieg'schen Falle, um von Anfang an bestandene

Mischformen gehandelt hat, die unter dem Bilde des Papilloms auftraten. Der negative Ausfall der anfänglichen mikroskopischen Untersuchungen kann nach den Auseinandersetzungen des V. Abschnitts nicht als Gegenbeweis dieser Ansicht betrachtet werden. — Selbstverständlich soll damit nicht bestritten werden, dass es sich in beiden Fällen in der Tat um echte Umbildung gehandelt haben mag; doch muss der Herausgeber gestehen, dass seinem persönlichen Gefühl nach beide mehr in die Rubrik der „zweifelhaften" als in die der „sicheren" gehören.]

14. Albert Seeligmann (Karlsruhe) hat den Fall eines 48jährigen Patienten beobachtet, der ein Jahr vorher an einer Kehlkopfaffektion zu leiden begonnen hatte. Auf dem linken Stimmbande zeigten sich zwei kleine, breit aufsitzende, warzenförmig aussehende, nach oben zugespitzte Papillome. Bei Berührung beide beweglich. Mit Ausnahme einer leichten Rötung des linken Stimmbandes war das Innere des Larynx unverändert. Beide Papillome wurden in einer Sitzung mit der Quetschpinzette entfernt und der Galvanokauter auf die Ansatzstellen appliziert. Die entfernten Geschwülste wurden vom Operateur mikroskopisch untersucht und als gutartige Papillome erkannt. Schon nach sechs Wochen gutartiges Recidiv, ebenso nach weiteren zwei Monaten. Dieselben befanden sich aber stets an anderen Stellen als da, wo die ursprüngliche Neubildung gesessen hatte. Zwei Monate nach der letzten intralaryngealen Operation traten zahlreiche Neubildungen, mit viel breiterer Basis aufsitzend, als die anfangs entfernten, an verschiedenen anderen Stellen des Kehlkopfinneren auf. Die mikroskopische Untersuchung verschiedener herausgenommener grösserer Fragmente zeigte deren bösartige Natur. Da bei dem raschen Wachstum Suffokationserscheinungen auftraten, erschien dem Beobachter bei der Malignität der Neubildung die Kehlkopfexstirpation indiziert. Patient wurde von Prof. Czerny (Heidelberg) bei einem Erstickungsanfall tracheotomiert, und drei Wochen später die totale Exstirpation des Kehlkopfs vorgenommen. Nach weiteren drei Wochen erlag der Patient einer Schluckpneumonie. Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung auf der Heidelberger Klinik bestätigte Seeligmann's Diagnose.

[Wenn auch bei der Schnelligkeit, mit welcher der ganze Prozess sich abspielte, der Gedanke an eine von Anfang an vorhandene Mischgeschwulst nicht ganz von der Hand gewiesen werden kann, so fehlen doch bestimmte Anhaltspunkte für eine solche Auslegung, während andererseits natürlich nicht bestritten werden kann, dass sich eine Umwandlung in verhältnismässig kurzer Zeit vollziehen mag. Der Fall wird daher als wahrscheinlich in die Kategorie der echten Umwandlungen gehörig bezeichnet werden müssen.]

15. Der folgende Fall wurde in seinen Anfangsstadien von Mahl (Lemberg), später von Stoerk (Wien) beobachtet, und der schliesslich exstirpierte Kehlkopf von Thost (Hamburg) einer genauen mikroskopi-

schen-Untersuchung unterworfen. Ueber das Ergebnis letzterer vgl. S. 127, 131 und weiterhin.

Der Patient T. P. aus Tarnopol erkrankte im Jahre 1873 im Alter von 35 Jahren mit Kehlkopfbeschwerden. Kollege Mahl fand ein „zackiges blassrötliches Papillom entlang der unteren Fläche des linken Stimmbandes“. Er entfernte dasselbe mit dem Stoerk'schen Messer. Es trat aber bald ein Recidiv auf und Pat. konsultierte nunmehr Prof. Stoerk, der „einen kugelförmigen, gut isolierten Papillomhaufen an der linken Seite des Larynx, entsprechend dem vorderen Dritteile des wahren Stimmbandes“ fand[1]). Er exstirpierte denselben vollständig mit dem Schlingenschnürer. Etwa zwei Jahre später präsentierte sich ihm der Kranke „mit genau demselben Befunde an der gleichen Stelle“. Abermalige Entfernung des Neoplasma mit dem Schlingenschnürer mit gleich gutem Erfolge. „So wurde wiederholt das immer von neuem recidivierende Papillom operiert, bis der Kranke im Jahre 1883 sich wieder vorstellte. Der Befund war jedoch diesmal ein anderer: der Tumor war sehr gross und sessil geworden, das Papillom war offenbar die Krebsmetamorphose eingegangen.“ Dem Kranken wurde die Radikaloperation vorgeschlagen, der er sich anfänglich nicht unterziehen wollte. Er wurde in Wien zunächst von anderer Seite erfolglos galvanokaustisch behandelt und kehrte dann nach Lemberg zurück, wo wegen drohender Suffokation die Tracheotomie vorgenommen wurde. Es stellten sich nunmehr aber heftige Blutungen beim Einführen und Entfernen der Kanüle ein, da hierbei „oft ganze Zapfen des nach unten wachsenden Tumors ausgerissen wurden“. Pat. ging im Jahre 1884 aufs neue nach Wien zu Stoerk. Derselbe führte ihn Prof. Billroth zur Vornahme der Radikaloperation zu, die Billroth aber absolut nicht vornehmen wollte. Pat. kehrte wiederum in seine Heimat zurück. Da aber von neuem heftige Blutungen auftraten und sich zu diesen auch starke Schlingbeschwerden gesellten, nahm Stoerk am 13. Januar 1885 mit der Unterstützung Gersuny's und anderer Chirurgen selbst die totale Kehlkopfexstirpation vor. Das Resultat derselben war ein ausgezeichnetes. Patient genas völlig und auch das funktionelle Resultat hinsichtlich der Stimme war ein überraschend gutes. Hinsichtlich der Details der Operation und ihrer Folgen muss auf den Originalbericht Stoerk's verwiesen werden. Soweit bekannt lebt der Patient noch im gegenwärtigen Augenblicke und ist sein Zustand ein verhältnismässig äusserst erfreulicher.

[Es ist bereits im V. Abschnitt — vgl. S. 127 — mitgeteilt worden, dass Kollege Thost selbst in diesem Falle, trotz seiner 12jährigen Dauer, auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung eine von Anfang an bestandene Mischform anzunehmen geneigt ist. Der

1) Der Fall ist von Prof. Stoerk unter dem Titel: „Ueber Larynxexstirpation wegen Krebs etc. etc.“ in der Wiener med. Wochenschrift, No. 49 u. 50, 1887 ausführlich beschrieben worden. — Die oben im Text zwischen Anführungszeichen gesetzten Sätze sind dieser Schilderung entnommen. Anm. d. Herausgebers.

Herausgeber kann hier nur seine an jener Stelle gemachten Einwendungen gegen diese Anschauung wiederholen: er weiss klinisch weder die enorm lange Dauer des Verlaufs, noch die verhältnismässig langen Zwischenräume zwischen den ersten Recidiven recht mit der Anschauung einer teilweisen, primären Bösartigkeit in Einklang zu bringen, und sieht andererseits vom pathologischen Standpunkte keinen Grund, weshalb die von Thost beschriebenen circumscripten Wucherungen des Papillarkörpers (vgl. S. 131) nicht das primäre, die bösartigen Veränderungen nur ein sekundäres Element des Falles darstellen sollen. Er möchte daher den Fall als fast sicher in die Kategorie der echten Umwandlung gehörig bezeichnen, eine Auffassung, die sich mit der Anschauung seiner beiden Beobachter deckt.]

16. Der letzte Fall dieser Kategorie ist von B. Tauber (Denver, Col.) beobachtet und in den „Archives of Laryngology", Vol. III, 1882, S. 362 beschrieben worden. Der Patient war ein 60jähriger, seit 5 Jahren heiserer Mann. Am linken Taschenband und im linken Ventriculus Morgagni befand sich eine graurötliche, haselnussgrosse Geschwulst, welche die ganze linke und einen Teil der rechten Seite bedeckte. Die Geschwulst wurde vollständig entfernt. Die Fragmente wurden dreimal mikroskopisch untersucht und die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose: Papillom. 18 Monate später kam der Patient in weit verschlimmertem Zustande wieder. Ein von derselben Gegend ausgegangenes Recidiv füllte den ganzen Kehlkopf aus. Die Tracheotomie wurde vorgenommen, und sodann $^{7}/_{8}$ der ganzen Neubildung entfernt. Die histologische Untersuchung der entfernten Fragmente zeigte deren Malignität. 6 Monate später erfuhr Tauber von dem behandelnden Arzt, dass der Patient mit allen Zeichen des Kehlkopfkrebses zugrunde gegangen sei. Die mikroskopische Untersuchung des Kehlkopfs post mortem bestätigte diese Angabe.

[Nach den freundlichen, obiger Schilderung einverleibten Zusätzen des Kollegen Tauber zu seiner ursprünglichen, sehr kurzen Beschreibung (vgl. S. 180) dürfte sich im obigen Falle nunmehr wohl kaum eine Einwendung gegen die Auffassung desselben als eines Beispiels von echter Umbildung erheben lassen. Er muss daher jetzt in die Kategorie der „sicheren" eingereiht werden.]

Die obigen sechzehn Fälle repräsentieren in diesem Augenblicke[1]) das gesamte Material, welches unter der Rubrik der „sicheren" oder „wahrscheinlichen" Fälle von Umbildung aufzuzählen war. Dass die

1) Der Herausgeber fürchtet sehr, dass er die Liste dieser Fälle in nächster Zeit durch einen unter seiner eigenen und Dr. Barclay Baron's (Bristol) Beobachtung stehenden zu vermehren haben wird. Da aber die Sammelforschung gezeigt hat, mit welcher Vorsicht man bei der Beurteilung dieser Fälle zu Werke gehen muss, enthält er sich näherer Angaben, bis der definitive Beweis erbracht worden ist, und wird eventuell die Details in einem Anhange nachtragen.

einzelnen Fälle aber trotz dieses Titels nichts weniger als gleichwertig und dass manche derselben nur infolge der bestimmten Behauptung ihrer Beobachter: dass sie Beispiele maligner Umbildung repräsentieren, — in die vorstehende Kategorie aufgenommen worden sind, ist wiederholt hervorgehoben worden. Der persönlichen Ansicht des Herausgebers zufolge sind nur die Fälle von Aschenbrandt-Seifert (No. 1), Victor v. Bruns-Paul Bruns-Böcker (No. 6), Navratil-Morelli (No. 9), Mahl-Stoerk (No. 15), B. Tauber (No. 16) als „sichere“ zu betrachten, während den Fällen von Beschorner-Prinz (No. 4), Böcker (No. 5), Fano (No. 7), Michel (No. 8), Newman (No. 11), Seeligmann (No. 14) besser das Prädikat der „Wahrscheinlichkeit“ zukommt, die beiden Fälle Schnitzler's (No. 12 u. 13) als „zweifelhaft“, die Fälle Bayer's (No. 2) und Newman's (No. 10) als „Narbengeschwülste“ aufzufassen sind und der Fall Beschorner's (No. 3) wahrscheinlich gar nicht in die Kategorie der „Umbildungen“ gehört.

XI. Zweifelhafte Fälle von Umbildung nach intralaryngealen Operationen.

1. Egmont Baumgarten (Budapest). „In einem Falle glaubte ich diesen Uebergang annehmen zu dürfen, obwohl es auch möglich ist, dass die seit einigen Jahren bestehende harte Geschwulst auch ohne operative Eingriffe in eine maligne übergegangen wäre. Der schon früher tracheotomierte Kranke entschloss sich zur galvanokaustischen Zerstörung, nachdem er trotz Tracheotomie Schmerzen und Beschwerden hatte.“

Die näheren Umstände dieses Falles sind in der Beschreibung des Kollegen Baumgarten folgende:

Der Patient war ein 45jähriger Tischler. Die Geschwulst im Kehlkopf war im 42. Lebensjahr aufgetreten. Ein über walnussgrosser Tumor ging mit breiter Basis vom rechten Taschenbande aus, füllte fast den ganzen Larynx aus und liess nur hinten einen 2 mm breiten Spalt frei. Der Patient war, wie erwähnt, bereits tracheotomiert worden, ehe B. operierte. Ein Jahr vor der galvanokaustischen, mit Schlinge und Brenner ausgeführten Operation war der Tumor ebenso gross wie zur Operationszeit, hart (Fibrom), überall mit Schleimhaut bedeckt, die derjenigen der Umgebung gleich war. Drüseninfiltration war nicht vorhanden. Nach den ersten zwei Brennungen war die Geschwulst um ein Drittel kleiner, nach der dritten ebenso gross wie früher. Die Zeit zwischen der letzten Operation und der vermuteten Umbildung betrug nur einen Monat. Die Hautfarbe wurde gelb, die Sekretion wurde blutig, Drüsen und Tumorumgebung infiltriert, weswegen B. von weiteren Operationen abstand und Exstirpation vorschlug. Ueber den weiteren Verlauf ist ihm nichts bekannt.

[Der gegebenen Schilderung zufolge kann es sich ebensogut um eine primär bösartig harte Geschwulst (Scirrhus) oder um eine Mischform gehandelt haben, wie um eine Umbildung. Die Länge

des Verlaufs übersteigt durchaus nicht diejenige vieler primärer Kehlkopfkrebse und der einzige Umstand, dass die Geschwulst ein Jahr lang in unveränderter Grösse (d. h. soweit nach aussen sichtbar) bestand, kann wohl nicht als zwingender Beweis dafür angesehen werden, dass sie primär gutartiger, fibromatöser Natur war, zumal mikroskopische Untersuchungen ganz fehlen. Es ist sehr lehrreich, diesen Fall genau mit dem Newman'schen Falle spontaner Umbildung (vgl. IX, 7, p. 174) zu vergleichen. Er könnte wohl für die Ansicht derjenigen herangezogen werden, welche bei primär bösartigen Geschwülsten von intralaryngealen, naturgemäss oft unvollkommenen Eingriffen eine Beschleunigung des Prozesses fürchten.]

J. Solis Cohen (Philadelphia), der sich, wie an mehreren Stellen dieses Berichtes hervorgehoben worden ist, eingehender als die meisten anderen Fachgenossen mit der in der Sammelforschung ventilierten Frage beschäftigt hat[1]), begleitete seinen aus vier Fällen bestehenden Beitrag zu unserer Sammelforschung mit folgenden Bemerkungen:

„Der erste Fall meiner Serie (1867—68) veranlasste mich zu dem Glauben, dass gutartige Geschwülste durch lange fortgesetzte, operative Eingriffe zur bösartigen Umbildung gebracht oder letztere beschleunigt werden könnte. Der Umstand, dass der Patient so lange die Operation überlebte, führte mich dann dazu, die Diagnose der Bösartigkeit in seinem Falle anzuzweifeln (vgl. „Diseases of the Throat etc.“, 2. Auflage, New York 1879, p. 570); neuere Berichte von langer Lebensdauer nach gründlicher Entfernung haben mich aber wieder schwankend gemacht, und deswegen berichte ich den Fall in diesem Zusammenhange.“

„Ich bin mir selbst lebhaft des zweifelhaften Elements in allen vier Fällen bewusst; angesichts meiner Erinnerungen anscheinender Uebergänge anscheinend gutartiger in anscheinend bösartige Geschwülste ohne praktisch messbare Intervalle bin ich indessen vorläufig noch nicht geneigt, mich zu der Ansicht zu bekennen, dass gutartige Geschwülste nicht durch fortgesetzte, unverständige intralaryngeale Exstirpationsversuche in bösartige umgebildet, resp. diese Umbildung beschleunigt werden könne.“

Wie wenig Cohen indessen gewillt war, hartnäckig an seinen Ansichten festzuhalten, falls ihm triftige Gegengründe gegeben werden könnten, erhält aus folgenden Sätzen eines Briefes, den er in Beantwortung einiger Einwürfe des Herausgebers an denselben richtete, und welche letzterer sich nicht versagen kann, hier zu zitieren, da sie die wissenschaftliche Denkweise des mit Recht so hochgeschätzten amerikanischen Laryngologen am besten illustrieren:

---

1) Vgl. a. Transactions of the American Laryngol. Association 1880. p. 98. 1883. p. 113. Ferner Internat. Cyclopaedia of Surgery. New York. 1884. Vol. V. p. 739.

„ . . . . . Ich wünsche durchaus, dass Sie die Dinge beim rechten Namen nennen. Ich möchte die Wahrheit kennen lernen, und wenn die Bedingungen, auf welche ich eine irrige Meinung gegründet habe, sich als Stützen des Gegenteils meiner Ansichten erweisen sollten, so wird das erwiesenermassen Wahre sich nur um so fester meinem Geiste einprägen. Ich glaube alle Lücken meiner Fälle zu kennen; ich fühle indessen, dass dieselben, wie sie sind, mit allen ihren Mängeln berichtet werden sollten. . . . .“

Es folgen nunmehr Cohen's vier Fälle.

2. J. Solis Cohen. Der erste Fall wurde in den Jahren 1867 bis 1868 beobachtet. Der Patient war ein 26jähriger Mann. Wie lange die Geschwulst bereits bestanden hatte, war nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Es handelte sich anscheinend um multiple Papillome, von denen zwei kleine am rechten Stimmbande sassen, während eine grosse Papillommasse das linke Stimmband und das Innere des linken Ventrikels einnahm. Die Diagnose „Papillom“ wurde sowohl auf Grund der Inspektion, wie Grund mikroskopischer Untersuchungen gestellt, die von den Herren J. Tyson, J. M. Da Costa und anderen Aerzten Philadelphias vorgenommen wurden. Es wurde mittels verschiedener operativer Methoden (Messer, Zange, galvanokaustischer Brenner etc.) in dem vergeblichen Bestreben vorgegangen, die grössere Masse radikal zu exstirpieren. Von einem eigentlichen „Recidiv“ kann, wie Cohen sehr richtig bemerkt, nicht die Rede sein, weil die ursprüngliche Geschwulst niemals gänzlich entfernt wurde. — Der Autor fährt nun wörtlich fort: „Die Umbildung, wenn überhaupt Umbildung erfolgte, war ein kontinuierlicher Prozess während der verschiedenen Monate, in denen operative intralaryngeale Masssegeln wiederholt vorgenommen wurden. Die Umbildung (?) erfolgte im Bezirk der ursprünglichen Neubildung. Die Diagnose der Bösartigkeit (Epitheliom) wurde auf Grund mikroskopischer Untersuchungen intralaryngeal entfernter Fragmente gestellt. Diese Untersuchungen wurden von den Herren W. G. Pancoast, J. M. Da Costa, James Tyson (Philadelphia) und von Surgeon J. J. Woodward vom militärärztlichen Museum in Washington ausgeführt. Klinische Symptome, die auf Bösartigkeit hingedeutet hätten, waren nicht vorhanden. Die bösartige Geschwulst nahm dieselbe Stelle ein, wie die vermutlich ursprünglich gutartige Neubildung. Die Thyreotomie wurde ausgeführt und das Neoplasma mit einer beträchtlichen Zone gesunden Gewebes entfernt. Der Patient lebt noch jetzt. Kein Recidiv.“

Zum Schluss verweist der Verfasser auf verschiedene Publikationen, in denen er dieses Falles gedacht hat. Es sind dies die folgenden: „Medical Record“ New York, July 15, 1869, p. 244; Cohen's „Diseases of the Throat“, New York 1872; Cohen's „Diseases of the Throat and Nasal Passages“, 2. Aufl., 1879; „Medical News“, 3. Dezember 1887.

[Der Verfasser hat selbst sowohl in der Einleitung zu seinem Beitrage, wie in den Schlusssätzen der Beschreibung des vor-

stehenden Falles auf die zweifelhaften Elemente desselben hingewiesen. Wir sprechen hier nicht von dem ungewöhnlich jugendlichen Lebensalter des Patienten (26), da, wie im VI. Abschnitte bemerkt (vgl. S. 133), wohlverbürgte Fälle von Krebs in noch früherem Alter zur Beobachtung gekommen sind, und ebensowenig macht der Umstand, dass er die Laryngofissur so lange überlebt hat, die Diagnose der Bösartigkeit zweifelhaft, da ja auch andere, sichere Fälle von Kehlkopfkrebs durch diese Operation, gefolgt von gründlicher Entfernung alles Krankhaften, dauernd geheilt worden sind. Wohl aber hat Cohen selbst in der vorsichtigen Fassung seiner Schlusssätze auf die beiden Einwände hingewiesen, die sich berechtigterweise gegen die Auffassung einer erfolgten Umbildung erheben liessen: einmal nämlich wäre es möglich, dass es sich um eine gutartige Neubildung gehandelt hat, die überhaupt nie bösartig geworden ist, zum andern, dass von vornherein eine bösartige Neubildung vorgelegen hat.

Für erstere Auffassung spricht die Multiplizität der anfänglichen Neubildungen, wie der Umstand, dass klinische Symptome, die auf Bösartigkeit hingedeutet hätten, selbst in den späteren Stadien nicht vorhanden waren (vgl. oben). Die Diagnose der erfolgten Umbildung gründete sich also allein auf die mikroskopischen Untersuchungen. Ob diese jemals Fragmente in ihr Bereich zogen, welche die zentralen Abschnitte der Geschwulst betrafen, ist nach Cohen's eigener Schilderung sehr zweifelhaft, da ja „die ursprüngliche Geschwulst niemals gänzlich entfernt wurde“ (vgl. oben). Es ist also durchaus denkbar, dass die distinguierten Pathologen, welche später ihr Urteil dahin abgaben, dass die entfernten Fragmente einer bösartigen Geschwulst angehörten, die Geschwulstbasis überhaupt gar nicht zu Gesicht bekommen, und ihre Ansicht nur auf Reizerscheinungen in den Präparaten basiert haben, die bei einer Geschwulst, die Monate lang (vgl. oben) durch wiederholte Eingriffe irritiert war, sehr natürlich waren. Ausserdem darf auch nicht übersehen werden, dass diese mikroskopischen Untersuchungen vor mehr als 20 Jahren vorgenommen wurden, d. h. zu einer Zeit, wo die Ansichten über die wirklichen Charakteristika bösartiger Geschwülste von den gegenwärtig gehegten wesentlich verschieden waren, und wo solchen Befunden, wie sie von Birsch-Hirschfeld namhaft gemacht werden (vgl. S. 150): dem Vorhandensein von Zellnestern, der Form der Zellen, der rundzelligen Infiltration des Stroma etc., eine weit höhere Bedeutung beigelegt wurde, als heutzutage, wo nur der Nachweis des Durchbruchs der normalen Gewebsgrenzen die Diagnose auf Carcinom mit Sicherheit begründet. — Andererseits kann natürlich ebensowenig die Möglichkeit geleugnet werden, dass es sich in diesem Falle von vornherein entweder um eine Mischgeschwulst oder um papilläre Auswüchse von krebsiger Basis

gehandelt hat, und dass die ursprünglichen Untersucher nur gutartige Bestandteile zur mikroskopischen Untersuchung bekommen haben, während die Basis der Geschwulst a priori bösartig war. — Es soll selbstverständlich mit diesen Einwürfen durchaus nicht die dritte Möglichkeit in Abrede gestellt werden, die nämlich, dass Cohen's eigene Ansicht die richtige ist, und dass hier in der Tat ein kontinuierlicher Uebergang einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige erfolgt ist. Jedenfalls aber wird der Fall als ein zweifelhafter betrachtet werden müssen.]

3. J. Solis Cohen (April 1881). Der Patient war ein 43 jähriger Mann. Das Lebensalter, in dem die Geschwulst zuerst auftrat, war nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Der Tumor präsentierte sich in der Gestalt unregelmässiger, papillomähnlicher Massen entlang der oberen Fläche des ganzen rechten Stimmbandes. Die Diagnose der Gutartigkeit dieser Massen war wahrscheinlich nur auf die laryngoskopische Inspektion gegründet. Die Geschwulst wurde mittels der Zange operiert, doch war die Operation noch nicht ganz beendet, als der Patient Cohen verliess. Recidive erfolgten, nachdem der Kranke sich nicht mehr unter Cohen's Beobachtung befand. Dieselben waren aller Wahrscheinlichkeit nach gutartig. Die Diagnose der eingetretenen Malignität war wahrscheinlich sowohl auf die laryngoskopische Inspektion wie auf mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente gegründet. Der Patient befand sich zu dieser Zeit bereits seit einer Weile in Elsberg's Behandlung, nachdem er inzwischen noch anderen ärztlichen Rat gesucht hatte. Die mikroskopische Untersuchung wurde „von Elsberg oder seinen Freunden (Heitzmann?)" angestellt. Im November desselben Jahres (1881) konsultierte der Patient wiederum Cohen, der nunmehr eine „unzweifelhaft epitheliomatöse" Erkrankung des übrigens nicht sehr verdickten rechten Stimmbandes fand, von welcher er eine Zeichnung machte. Der Patient kehrte nach seiner Heimat im Westen der Vereinigten Staaten zurück und wollte gegen Ende des Winters möglicherweise wieder nach Philadelphia kommen, doch hörte Cohen nichts mehr von ihm.

[Auch in diesem Falle, wie in dem vorhergehenden, nahm der Verlauf von der vermuteten ursprünglichen Gutartigkeit bis zur sicheren Konstatierung der schliesslichen Bösartigkeit nur wenige Monate in Anspruch. Während aber der Herausgeber in dem vorhergehenden Falle die Möglichkeit eines tatsächlichen Uebergangs als gleichberechtigt mit den von ihm erwähnten anderen Möglichkeiten bereitwillig zugestanden hat, muss er in dem gegenwärtig unter Besprechung stehenden seine Meinung dahin präzisieren, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach von vornherein um eine bösartige Geschwulst gehandelt hat. Cohen's eigene Ansicht bezüglich der ursprünglichen Gutartigkeit gründet sich seiner eigenen Beschreibung nach nur auf das „papillomähnliche" Aussehen der Geschwulst. Nun ist aber einerseits an den verschiedensten Stellen

der Sammelforschung (vgl. z. B. S. 109 u. ff.) gezeigt worden, dass bösartige Neubildungen im Kehlkopfe durchaus unter dem Bilde gutartiger auftreten können, und zweitens möchte sich der Herausgeber erlauben, an dieser Stelle ganz speziell auf seine eigene Erfahrung zu verweisen (vgl. S. 114), der zufolge man sofort an Bösartigkeit denken muss, wenn bei älteren Patienten eines der Stimmbänder „in seiner ganzen Länge in grauweisse oder graurötliche, papillomähnliche Massen eingebettet ist", oder wenn sich „ein fransenförmiger, anscheinend papillomatöser Saum fast dem ganzen Rande des einen Stimmbandes entlang zieht", während das andere Stimmband frei ist. — Der Cohen'sche Fall erscheint fast wie ein Prototyp dieser Klasse von Fällen, und der Herausgeber steht, wie schon erwähnt, nicht an, seine Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass in ihm ein a priori bösartiges Neoplasma ein gutartiges nur vorgetäuscht hat.]

4. J. Solis Cohen-Carl Seiler (Philadelphia). Ueber den folgenden Fall sind zwei separate Beschreibungen eingelaufen, die wir, wie folgt, reproduzieren:

a) Cohen. Der Patient war ein 64jähriger Mann, der ihn im Dezember 1878 konsultierte. Er war „seit Jahren heiser gewesen". Am hinteren Ende des linken Stimmbandes und des linken Ventrikels befand sich ein kleines „wohlbegrenztes verästeltes" („discrete, dendritic") Neugebilde, dessen gutartige Natur aus seiner laryngoskopischen Erscheinung diagnostiziert wurde. — Cohen fährt nun wörtlich fort: „Ich hatte gewünscht, die Geschwulst zu entfernen, allein der Hausarzt widersprach und ich sah den Kranken erst sechs Monate später wieder, als ich zu einer Konsultation berufen wurde, um bei der Tracheotomie zu assistieren. Der Kranke war unter der Behandlung einer Reihe von Aerzten gewesen, welche versucht hatten, die Geschwulst durch lokale adstringierende Behandlung zum Rückgang zu bringen und sie mittels Caustica zu zerstören. Schliesslich begab er sich im Juni 1879 dauernd in die Behandlung von Dr. Carl Seiler, welcher in den „Transactions of the American Laryngological Association", 1880, p. 93 berichtet, dass „ein papilläres Gewächs auf dem linken Stimmband lagernd und anscheinend vom linken Ventrikel ausgehend gefunden wurde; dass das Taschenband, die arytaeno-epiglottische Falte und der Giessbeckenknorpel stark verdickt waren; dass die rechte arytaeno-epiglottische Falte, und der rechte Arytaenoidknorpel geschwollen waren, und dass die Epiglottis rot und geschwollen war und an ihrer Basis eine sehr kleine, weisse Prominenz aufwies". Die Stimmbänder erschienen normal und legten sich beim Phonationsakt aneinander. „Ein schmerzhafter Abscess hatte sich über dem Schildknorpel gebildet; der Schmerz wurde am stärksten im linken Ohr verspürt". Fragmente wurden mittels der Zange entfernt, die Massen wuchsen aber nach, und Tracheotomie, gefolgt von Thyreotomie und Entfernung der Neubildung wurde notwendig. „Die aus dem Kehlkopf und von den den

Kehlkopf überlagernden Weichteilen (? Herausgeber) entfernten Massen wogen insgesamt $2^1/_2$ Unzen."

„Kontinuierliche Recidive erfolgten unterhalb des Kehlkopfes, so dass die Crico-Tracheotomie vorgenommen wurde, und die Teile mit der Curette und dem Fingernagel ausgeschabt wurden. Wiederum ereignete sich rapides Wiederwachstum sowohl im Kehlkopf, wie in der Luftröhre. Die Neubildung wuchs schneller als sie entfernt oder mit Aetzmitteln zerstört werden konnte. Der Tod erfolgte an Inanition im April 1880."

„Dr. Seiler war nicht im Stande, histologische Nachweise von Bösartigkeit beizubringen, und berichtete über den Fall bis zum Schlusse (vgl. Trans. Amer. Laryng, Assoc., 1880, p. 93) als über einen Fall von „Papillom". Ich selbst habe (l. c.) die Ansicht ausgesprochen, dass der Tumor ein Epitheliom mit papillären Auswüchsen war; meine pathologisch-histologischen Kenntnisse aber stehen denen Seiler's bei weitem nach und obwohl zweifelnden Sinnes beuge ich mich doch vor seiner Ansicht." Eine Obduktion fand nicht statt.

b) Seiler. Ueber den eben beschriebenen Fall sagt Seiler: „Nur in einem Falle war die Diagnose ‚Papillom' zweifelhaft". Der Patient war ein 65jähriger Mann. Die Neubildung trat im 64. Lebensjahre auf. Sie erschien als ein „kleiner, weisslicher, knotiger Tumor am linken Stimmbande nahe dem vorderen Winkel. Verschiedene Aerzte hatten intralaryngeale Applikationen gemacht, ehe ich den Patienten sah. Eine mikroskopische Untersuchung war vor der Vornahme der Thyreotomie nicht angestellt worden." Die Diagnose der Bösartigkeit gründete sich auf die (von Seiler) vorgenommene mikroskopische Untersuchung einiger durch die Thyreotomie entfernter Fragmente. Nach der Entfernung trat rapides Wiederwachstum ein; der Patient starb 18 Monate später. Eine Obduktion fand nicht statt.

Auf einen Brief des Herausgebers, der dessen Zweifel hinsichtlich der Auffassung des Falles Ausdruck verlieh, erwiderte Kollege Seiler:

Lieber Herr Kollege!

Den Fall, auf den Sie in Ihrem freundlichen Briefe vom 28. März zurückkommen, habe ich in die Kolumne der zweifelhaften Fälle eingereiht, weil die laryngoskopischen Untersuchungen derjenigen Aerzte, welche ihn vor mir gesehen hatten, ihnen den Eindruck gegeben hatten, dass es sich um ein Papillom handle, und als ich selbst den Patienten zum ersten Male sah, war ich derselben Ansicht. Ich nahm die Thyreotomie nicht sofort vor, sondern tracheotomierte zunächst den Kranken, um seine heftige Dyspnoë zu erleichtern. Das rapide Wachstum der Geschwulst veranlasste mich einige Wochen später die Keklkopfexstirpation anzuraten, welche aber abgelehnt wurde. Ich nahm dann die Thyreotomie vor und entfernte zu verschiedenen Zeiten durch die äussere Wunde grosse Geschwulstmassen aus dem Kehlkopf. Teile dieser knotigen Masse untersuchte ich mikroskopisch und fand, dass ihr Charakter der eines

Sarkoms war. Ich stimme völlig mit Ihrer Ansicht überein, dass dieser Fall nicht unter jene gehört, von denen man mit Sicherheit sagen könnte, dass ein intralaryngeales Papillom durch Eingriffe in ein Sarkom verwandelt worden ist, und er ist überhaupt nur zweifelhaft, weil das ursprüngliche laryngoskopische Aussehen der Geschwulst das eines Papilloms war. Da kein Versuch gemacht worden war, Fragmente intralaryngeal zu entfernen, konnte vor der Vornahme der Thyreotomie keine mikroskopische Untersuchung angestellt werden. . . . . .

[Wollte man Haarspalterei treiben, so könnte man zunächst sagen, dass der Fall gar nicht in die gegenwärtig in Rede stehende Kategorie gehöre, da ja vor der Ausführung der Laryngofissur keine intralaryngealen „Operationen“ sondern nur „Applikationen“ vorgenommen worden waren. — Selbstverständlich wäre ein solcher Einwand wenig stichhaltig. Es handelt sich um den „Reiz“, der nach der Meinung der Transformationsgläubigen die Umwandlung zu Stande bringen soll, und dass der Reiz wiederholter „kaustischer“ Applikationen ein grösserer ist, als der wiederholter Entfernungen mit scharfen, schneidenden Instrumenten, dürfte wohl kaum bestritten werden können. Dieser Einwand bleibe also völlig bei Seite. — Ebensowenig Gewicht will der Herausgeber auf die Differenzen der beiden Beobachter hinsichtlich des genauen Sitzes der Geschwulst und auf ihre differierenden Auffassungen hinsichtlich des histologischen Charakters derselben legen: Die erstgenannte Differenz mag sich durch die Verschiedenheit der Zeiten erklären, zu welchen sie den Kranken gesehen haben; hinsichtlich der letztgenannten ist ja Cohen's Ansicht nur eine hypothetische, da er, soweit aus seiner Beschreibung erhellt, überhaupt nicht die Gelegenheit gehabt hat, mikroskopische Präparate von dem Falle zu untersuchen. — Aber was den Fall zu einem im höchsten Grade zweifelhaften stempelt, ist der Umstand, dass sich die Diagnose der ursprünglichen Gutartigkeit auf nichts anderes, als auf das ursprüngliche laryngoskopische Aussehen der Geschwulst begründet. Dass dies Aussehen ein nichts weniger als unfehlbares Kriterium bildet, ist so oft im Laufe dieser Untersuchungen gezeigt worden, dass wir es uns füglich versagen können, wiederum ausführlich auf diesen Punkt zurückzukommen. Es gibt bösartige Geschwülste, welche völlig unter dem Bilde gutartiger laufen. Der vorliegende tat dies anscheinend bis zum Tode des Patienten. Für seine primäre Bösartigkeit spricht ausserdem: 1. das Alter des Patienten (64), 2. der schnelle Verlauf des ganzen Prozesses. — Der Herausgeber muss bekennen, dass es ihm persöhnlich fast unzweifelhaft erscheint, dass hier primäre Bösartigkeit, keine Umwandlung vorgelegen hat. Der strikte Beweis für diese Auffassung ist indessen natürlich nicht zu erbringen und aus diesem Grunde musste der Fall in die Rubrik der zweifelhaften Fälle aufgenommen werden.]

5. J. Solis Cohen. April 1885. Der Patient war ein 64jähriger Mann. Seinen Angaben nach war er seit mehr als 20 Jahren heiser, und zwar sei die Heiserkeit das Resultat von Erkältungen etc. im Kriegsdienst (Mexiko 1849, amerikanischer Bürgerkrieg 1861—1865) gewesen. „Eine Reihe kleiner, unregelmässiger, glatter Knötchen umgab die hinteren zwei Drittel, oder mehr, der Ränder der Stimmbänder und der dazwischenliegenden Interarytaenoidfalte, und verengerte die Glottis beträchtlich. Der Patient gab an, dass in den letzten Jahren papilläre Geschwülste von Morell Mackenzie und von Elsberg entfernt worden seien“ (sc. „aus seinem Kehlkopf“, Herausgeber). Die Diagnose der Gutartigkeit war nur auf die laryngoskopische Untersuchung gegründet. Cohen fährt nun fort: „Ich lehnte intralaryngeale, operative Massnahmen ab, applizierte aber topische Adstringentien, um die begleitende Laryngitis zu mässigen, und drang auf prophylaktische Tracheotomie, welche jedoch verweigert wurde. Der Patient suchte anderwärts Hilfe und konsultierte u. a. auch Seiler, welcher die Affektion zu jener Zeit als epitheliomatös ansah; später (am 14. Juni) wurde die Tracheotomie, die dringlich notwendig geworden war, von Park in Buffalo ausgeführt. Derselbe Chirurg nahm kurz darauf die totale Kehlkopfexstirpation vor und liess nur die Epiglottis zurück. Der Patient erholte sich bemerkenswert schnell und lebt noch jetzt in verhältnismässigem Wohlbefinden. (Vgl. Park: Med. Press of Western New York, Dec. 1885; Annals of Surgery, New York, Januar 1886.) Die mikroskopische Untersuchung der intralaryngealen Geschwulstmasse erwies typische epitheliomatöse Struktur (Park, l. c.)“

[Die Schwäche dienes Falles liegt vor allem in dem Umstande, dass wir hinsichtlich seiner Vorgeschichte ausschliesslich auf die Angaben des Patienten angewiesen sind. Dieselben mögen ja richtig sein, sind aber jedenfalls zu wenig authentiziert, um auf sie ein sicheres Urteil zu bauen. — Worauf Cohen's eigene Diagnose der Gutartigkeit der Affektion zu der Zeit, als er den Pat. zu Gesicht bekam, beruhte, ist nicht einleuchtend. Ganz abgesehen von dem Alter des Patienten (64 Jahre), entspricht seine eigene Beschreibung des Aussehens und des Sitzes der Neubildung (hintere Kehlkopfwand! Vgl. S. 113) weit mehr einem bösartigen, als einem gutartigen Neugebilde. Auch haben wir seine eigene Aussage dafür, dass Seiler schon zu jener Zeit die Geschwulst für ein Cancroid hielt. — Der Fall muss wohl als ein äusserst zweifelhafter bezeichnet werden.]

6. Ch. Fauvel (Paris). Der folgende Fall, welchen Prof. Fauvel in seinem Beitrage zur Sammelforschung ausdrücklich als Beispiel einer Transformation nach intralaryngealer Operation in Anspruch nimmt, findet sich in seinem Werke „Traité Pratique des Maladies du Larynx etc., Paris 1876“, ausführlich auf S. 317 u. ff. und S. 757 u. ff. beschrieben. Hinsichtlich der operativen Details etc. muss auf jene Beschreibung ver-

wiesen werden. Hier werden nur die für die Transformationsfrage wichtigen Punkte eingehender geschildert werden.

Der Titel des Falles lautet, in Prof. Fauvel's eigenen Worten (S. 317): „Polyp (Sarkom) von der Grösse einer kleinen Bohne, von rundlicher Gestalt, mit breitem Stiel, ausgehend von der Mitte des freien Randes des rechten wahren Stimmbandes. Die Kranke kann nicht genau den Augenblick angeben, bis zu welchem die Stimmveränderung zurückdatiert. Seit neun Monaten fast vollständige Aphonie. Kein Fremdkörpergefühl im Halse, kein Husten, kein Schmerz. Entfernung des Tumors mit meiner Zange, Kauterisation mit Argentum nitricum in Substanz."

Dieser Titel, der gleichzeitig eine gedrängte Schilderung der wichtigsten Punkte des Falles und seines anfänglichen Verlaufes darstellt, braucht nur noch dahin vervollständigt zu werden, dass es sich um eine 42jährige Dame handelte, welche den Beobachter im Juli 1863 wegen ihrer Aphonie konsultierte, dass die Beweglichkeit des Stimmbandes, dem die Geschwulst mit breiter Basis aufsass, anscheinend nicht gehindert war, und dass nach etwa einmonatiger intralaryngealer, operativer und kaustischer Behandlung die Neubildung entfernt und die Stimme, wenn auch etwas rauh, wiederhergestellt wurde. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des Tumors wird wörtlich, wie folgt, angegeben: „Der Tumor, dessen Oberfläche rot und leicht granuliert war, war epithelialer Natur."

Im Februar 1866 konsultierte die Kranke Prof. Fauvel aufs neue. Der weitere Verlauf ist in dem genannten Werke separat (S. 757) unter folgendem Titel mitgeteilt: „Subglottischer Epithelialkrebs, dem drei Jahre früher, wie wir bereits gesehen haben (Beobachtung XXI, S. 317), die Entwicklung eines Polypen des rechten Stimmbandes vorherging, welchen wir zuerst [oder: „von vornherein" — der französische hier gebrauchte Ausdruck: „d'abord" lässt beide Uebersetzungen zu. Herausgeber.] für ein Sarkom angesehen haben und dessen epitheliale Natur uns das Mikroskop erwiesen hatte. Die Stimme und die Atmung, die nach den von uns vorgenommenen Operationen für einige Zeit fast normal geworden waren, änderten sich von neuem. Entfernungsversuche mit unserer Guillotine. Schnelle Entwicklung des subglottischen Tumors, welche zweimal seine Exstirpation mittels der Laryngofissur nach vorgängiger Tracheotomie erforderlich machte. Notwendigkeit, dauernd die Tracheotomiekanüle zu tragen. Infiltrierendes Fortschreiten des Krebses. Zerstörung der Kehlkopfknorpel und der vorderen Speiseröhrenwand. Starke Dysphagie. Wiederholte Blutungen. Tod an Erschöpfung am 9. Dezember 1869. Die Kranke hat uns zum ersten Male am 25. Juli 1863 konsultiert. Obduktion."

Zur Vervollständigung diene folgendes: Die Kranke war ihren Angaben nach ein Jahr nach der Operation ganz frei von Halsbeschwerden gewesen; seit einigen Monaten aber war die Stimme wieder schwächer geworden und hatte sich die Atmung von Tag zu Tag verschlechtert.

„Das Laryngoskop“ so fährt Fauvel fort, „zeigt uns eine tracheale, rundliche, glatte, dunkelrote Geschwulst, welche sich bei der Exspiration zwischen die Stimmbänder drängt und sie teilweise bedeckt. Die Stimmbänder sind weiss und klar, man sieht keine Spur von der Geschwulst, die ich operiert habe.“ — Nach zwei Monate lang fortgesetzten, vergeblichen intralaryngealen Entfernungsversuchen wurde schliesslich wegen steigender Atemnot von Dr. Desormeaux in Gemeinschaft mit Prof. Fauvel die Tracheotomie vorgenommen, und an diese Operation sofort die Laryngofissur angeschlossen. Die Desormeaux'sche Beschreibung des Kehlkopfbefundes nach der Spaltung des Schildknorpels (ibid. S. 758) lautet: „Nach Auseinanderziehen der beiden Kehlkopfhälften konnte ich die Geschwulst sehen, welche ihren Ausgangspunkt von der rechten Seitenwand des Kehlkopfes unterhalb der Stimmbänder nahm, welche sie bedeckte, ohne ihnen zu adhärieren. Sie war fast sessil und ihre Masse erstreckte sich über die untere Hälfte der rechten Schildknorpelhälfte. Ihre Farbe war weinrot, wie M. Fauvel uns das laryngoskopisch gezeigt hatte, ihre Konsistenz nach ihrem Gipfel zu, an welchem sie warzenförmig war, fungös, nach der Basis zu festerer Natur.“ — Die Geschwulst wurde entfernt. Von einer mikroskopischen Untersuchung derselben ist nichts erwähnt. Die Stimme kehrte nach Verlauf einiger Wochen wieder. Sechs Monate später aber trat ein Recidiv an derselben Stelle ein, von welcher die Geschwulst durch die Laryngotomie entfernt war, und 9 Monate nach der ersten Kehlkopfspaltung musste wegen wachsender Beschwerden, Blutungen etc. die Operation wiederholt werden. Diesmal wurde fast der ganze Kehlkopf von einer, der laryngotomisch entfernten gleichen Geschwulst angefüllt gefunden; aber auch diesmal noch (ibid. p. 759) „waren die Stimmbänder intakt geblieben und zeigten ihr normales Aussehen“. Nach der Operation kehrte die Stimme von neuem zeitweise wieder, sechs Monate später (November 1868) aber fing sie von neuem an, sich zu verschlechtern, es zeigten sich neue Vegetationen zwischen den Lippen der Stimmritze, die vergeblich geätzt wurden, die Geschwulst wuchs weiter und der im Titel (s. o.) geschilderte Endverlauf entsprach durchaus dem typischen Bilde des Kehlkopfkrebses. Wegen der Details muss auf das Original verwiesen werden. Am 9. Dezember 1868 erlag die Kranke ihrem Leiden. Bei der Autopsie wurde das ganze Kehlkopfinnere von einer Masse der beschriebenen Natur ausgefüllt gefunden, und nunmehr war auch von den Stimmbändern selbst keine Spur übrig geblieben. Weitere, für die uns beschäftigende Frage unwesentliche, Details werden hier übergangen. „Makroskopisch zeigte das pathologische Gewebe, ebenso wie das der primären Geschwulst (comme celui de la première tumeur“) die Charaktere des Encephaloids; das Mikroskop aber demonstrierte die Elemente des Epithelialcancroids.“

[Wenige Fälle der Sammelforschung dürften zu so weitgehenden Meinungsverschiedenheiten Anlass bieten, als der vorstehende. Einer 42jährigen Patientin wird ein, zunächst für ein „Sarkom“ gehaltener

breitbasiger Tumor vom freien Rande eines Stimmbandes intralaryngeal entfernt. Das Mikroskop erweist die „epitheliale Natur“ der Geschwulst. Zweiundeinhalb Jahre später konsultiert die Patientin den Operateur aufs neue wegen Halsbeschwerden. Es findet sich wiederum eine Geschwulst im Kehlkopf. Diesmal aber sitzt dieselbe nicht an der Insertionsstelle der intralaryngeal entfernten Geschwulst, sondern tiefer, im subglottischen Raume. Die alte Insertionsstelle wird ausdrücklich (vgl. oben) als völlig normal bezeichnet: „Die Stimmbänder sind weiss und klar, man sieht keine Spur von der Geschwulst, die ich operiert habe.“ — Dieser Befund wird bei der zwei Monate später vorgenommenen Laryngofissur bestätigt (s. o.). Ja, als weitere sechs Monate nach dieser Operation ihre Wiederholung notwendig wird, und nunmehr „fast der ganze Kehlkopf“ von einer der erst entfernten ähnlichen Geschwulst angefüllt gefunden wird, zeigt sich noch immer das rechte Stimmband, d. h. die Ansatzstelle des intralaryngeal operierten Tumors „intakt“, und erst bei der wiederum sieben Monate später vorgenommenen Autopsie finden sich auch die Stimmbänder durch den inzwischen rapide vorgeschrittenen Prozess vollständig zerstört. Mit anderen Worten: Die alte Ansatzstelle der intralaryngeal operierten Geschwulst bleibt fast bis zum Ende von der bösartigen Neubildung verschont, und die Recidive der letzteren gehen stets von anderen Stellen aus als von dem Insertionspunkte der intralaryngeal entfernten Geschwulst!

Es entsteht hier sofort die Frage: Ist man unter solchen Umständen, d. h. wenn eine bösartige Neubildung nicht von der Insertionsstelle einer früher enfernten Geschwulst, sondern nur von deren Nachbarschaft ihren Ursprung nimmt, überhaupt berechtigt von einer „Umwandlung“ oder einem „Uebergange“ einer früher gutartigen (über diesen Punkt, was den vorliegenden Fall betrifft, weiterhin mehr) in eine bösartige Geschwulst zu sprechen? — Der Auffassung des Herausgebers nach würde eine bejahende Antwort auf diese Frage vor allen Dingen gegen den Begriff der Worte „Umwandlung“, „Uebergang“, „Transformation“, oder wie man den in Rede stehenden Vorgang immer bezeichnen will, verstossen, denn zu diesem Begriff gehört als unerlässliche Voraussetzung, dass vorher etwas dagewesen ist, das nun eben diese „Umwandlung“ oder diesen „Uebergang“ eingeht. Wenn aber eine bösartige Geschwulst von einer Stelle ihren Ursprung nimmt, an der früher gar keine andere Geschwulst gesessen hat, so scheint es doch nicht erlaubt, nun von einer „Umwandlung“ zu sprechen, weil früher einmal eine gutartige (in diesem Sinne überdies nichts weniger als erwiesenermassen gutartige) Geschwulst in ihrer Nachbarschaft gesessen hat? — Nun ist der Herausgeber sich zwar sehr klar darüber, dass man von

gegnerischer Seite, speziell in dem vorliegenden Falle, in dem schliesslich doch die bösartige Neubildung ihren Ursprung in verhältnismässiger Nähe der intralaryngeal entfernten Geschwulst nahm, obige Bedenken als spitzfindig bezeichnen könnte, eingegeben von dem Bestreben, um jeden Preis Schwächen an den eingesandten Fällen zu entdecken. Aber abgesehen davon, dass ihm ein solches Bestreben überhaupt durchaus fernliegt, hat er einen sehr gewichtigen Grund dafür, die in diesem Abschnitt angeregte Frage aufzuwerfen. Im vorliegenden Falle nämlich, wo sich der ganze Prozess anfänglich immerhin an einer und derselben Seite des Kehlkopfes abspielte, liegt ja, wie gern zugegeben werden soll, der Gedanke an eine Umbildung nahe genug, wenn auch die spätere bösartige Geschwulst nicht genau von der Insertionsstelle der primären Neubildung ausging. Nun hat aber Kollege E. J. Moure in seinem Beitrage zur Sammelforschung einen anderen, ungemein interessanten Fall erwähnt (vgl. Tabelle No. 65, pp. 164—165), in welchem sich ihm ein Kranker mit Epitheliom der einen Kehlkopfhälfte vorstellte, dem acht Jahre früher (!) der verstorbene Kollege Krishaber einen Polypen von der anderen (!) Seite des Kehlkopfes entfernt hatte. Wie steht es nun mit diesem Falle? Wird auch der hartnäckigste Anhänger der Transformationstheorie es wagen, hier von einer „Umbildung“ zu sprechen, wo acht Jahre nach der Operation die früher gesunde, entgegengesetzte Seite krebsig erkrankte? Und wenn nicht — wo will man die Grenze ziehen?

Die beiden, hier eben in Parallele gestellten Fälle geben in dieser Beziehung viel zu denken, und der Moure'sche bestätigt, wie es ihm scheint, in ganz hervorragendem Masse die Ansicht des Herausgebers (vgl. pp. 82 und 89), dass zum Zustandekommen derartiger Vorgänge, wie sie sich in ihm abgespielt haben, ausser den uns bekannten Faktoren noch ein unbekannter, aber darum nicht weniger wichtiger, den er in Ermangelung eines besseren Namens mit dem Ausdruck „konstitutionelle Veranlagung“ bezeichnet hat, mitwirken muss.

Die Auffassung Fauvel's von einer stattgehabten Umwandlung in seinem Falle ist indessen noch von einer ganz anderen Seite als der eben besprochenen Bedenken ausgesetzt: Welches war denn die präzise Natur der erst (intralaryngeal) entfernten Neubildung? Es ist sehr bedauerlich, dass in diesem, wie in verschiedenen anderen Punkten der Beschreibung, manche Dunkelheiten unterlaufen und die hier ganz besonders nötige Präzision und Ausführlichkeit fehlt.

Der Titel der ersten Beschreibung (vgl. oben) beginnt: „Polyp (Sarkom) . . . . . .“

Der Herausgeber muss bekennen, dass er nach der gegebenen Beschreibung nicht recht sieht, worauf sich diese klinische Diagnose gründete. Die gegebene Schilderung der Neubildung passt ebensogut auf ein sessiles Fibrom. Jedenfalls aber geht aus dem Titel hervor, dass ein so erfahrener Beobachter, wie Fauvel, selbst von Anfang an die primäre Geschwulst klinisch als eine bösartige ansah. — Nun wird nach deren Entfernung ihre mikroskopische Untersuchung vorgenommen. Leider bekommen wir aber von derselben nichts weiter zu hören, als dass das Mikroskop die „epitheliale Natur" der Neubildung gezeigt habe. Ein „Sarkom" also war sie jedenfalls nicht. Was war sie denn nun aber, genau definiert? Gerade über diesen Punkt wären für die uns beschäftigende Frage Aufschlüsse von der höchsten Wichtigkeit gewesen. Wie die Sache jetzt liegt, sind wir nur auf Vermutungen angewiesen und da will der Herausgeber nicht anstehen, zu bekennen, dass er nach Fauvel's eigener Beschreibung den starken Verdacht hegt, es habe sich in diesem Falle von Anfang an um eine bösartige epitheliale Geschwulst, mit anderen Worten: um einen Epithelkrebs gehandelt, der allerdings vollständig exstirpiert wurde und darum auch keine Recidive in loco machte, aus dem aber schon vor seiner Exstirpation krebsige Elemente ausgewandert waren, die Regio subglottica derselben Seite infiziert hatten, aber eine Zeit lang latent geblieben waren und erst nach Ablauf eines Jahres zum Ausbruch des geschilderten metastatischen Recidivs geführt hatten. Ein derartiger Vorgang, wie er sich beim Mammakrebs mit Infektion der Achseldrüsen jeden Tag abspielt, würde den ganzen Verlauf des Falles auf das befriedigendste erklären.

Jedenfalls wird der Fall, soweit die Frage der Umbildung betroffen ist, als durchaus zweifelhaft bezeichnet werden müssen.]

7. W. Glasgow (St. Louis). Der Patient war ein 45jähriger Mann, welcher angab, dass die Geschwulst etwa drei Jahre früher aufgetreten sei. „Der Kehlkopf war zum grössten Teile mit gelappten, weisslichen, papillomatösen Geschwülsten angefüllt. Nur im knorpeligen Teile der Glottis fand sich eine Oeffnung von der Grösse einer starken Gansfeder."

Die Diagnose der Gutartigkeit gründete sich nur auf das laryngoskopische Bild, nicht auf mikroskopische Untersuchung, da weder vor, noch nach der intralaryngealen Operation ein Verdacht auf Bösartigkeit der Geschwulst aufstieg. Die Neubildung wurde zum bei weitem grössten Teile mit einer Modifikation der Schroetter'schen Zange entfernt, die Basis mit Argentum nitricum geätzt. — Der Patient entzog sich indessen der Behandlung, als erst etwa drei Viertel der Geschwulst entfernt worden waren und seine Atmung vollständig frei geworden war. Etwa ein Jahr später stellte er sich mit heftiger Dyspnoe wieder vor, die Neubildung war nachgewachsen und füllte fast den ganzen Kehlkopf aus. Glasgow konnte ihm nur eine Sitzung geben, entfernte jedoch in der-

selben genügende Mengen der Geschwulst, um die Atmung wieder frei zu machen. Der in einer entfernten Stadt lebende Patient versprach in einem Monat zurückzukehren, hielt aber sein Versprechen nicht, und erst sechs Monate später erfuhr der Operateur, dass er gestorben sei. Weitere Detais konnte er nicht in Erfahrung bringen. — Die Vermutung der „möglichen Bösartigkeit“ gründete Kollege Glasgow „einfach auf die Tatsache des rapiden und wuchernden Wiederwachstums und die weichere Beschaffenheit und das weissere Aussehen“ des bei der letzten Untersuchung vorgefundenen Neugebildes.

[Es bedarf nach den allgemeinen Ausführungen des IV. Abschnittes hier keiner eingehenderen Auseinandersetzungen, um zu zeigen, dass dieser Fall, der von dem Beobachter selbst zu wiederholten Malen als zweifelhaft bezeichnet wird, wahrscheinlich nicht in die Kategorie der Umbildungen gehört. — Es kann sich, wie im ersten Solis-Cohen'schen Fall (vgl. diesen Abschnitt, Fall 2), ebensowohl um eine gutartige Neubildung gehandelt haben, die überhaupt nie bösartig geworden ist, wie um eine primär bösartige, die unter dem Bilde eines multiplen Papilloms verlaufen ist. Die erstere Möglichkeit ist freilich die bei Weitem wahrscheinlichere. Das rapide Wiederwachstum der Geschwulst, die weissere Farbe und weichere Beschaffenheit des Recidivs reichen selbstverständlich nicht aus, um auf sie die Diagnose einer stattgehabten Umwandlung zu begründen, und was den bald nach der letzten Operation erfolgten Tod des Patienten anbetrifft, so kann derselbe ebensowohl an seinem Papillom erstickt, wie an einer interkurrenten Krankheit zu Grunde gegangen sein. — Jedenfalls ist der Fall im höchsten Grade zweifelhaft.]

8. J. Gurowitsch (Odessa). Patient war ein 51jähriger Mann, der 3 Monate heiser gewesen war, ehe er sich zur Untersuchung stellte. „Entlang dem linken wahren Stimmband fand sich eine aus einigen Warzen bestehende, wenig prominente, faltenreiche Geschwulst.“ Es wurden Fragmente derselben mit der Zange entfernt. Die mikroskopische Untersuchung derselben (zweimal vom Beobachter an Zerzupfungs- und Schnittpräparaten vorgenommen) zeigte nur gewöhnliches Bindegewebe, keine Spur von Epithelialzellen. 2 Monate nach der Entfernung erfolgte ein — nach der Ansicht des Beobachters — gutartiges, und nur zwei Wochen nach der Entfernung desselben ein bösartiges Recidiv. Beide Recidive gingen von der Ansatzstelle der ursprünglichen Neubildung (linkes Stimmband) aus und schon nach einem Monat verbreitete sich das bösartige Recidiv auf fast den ganzen Kehlkopf. Das Mikroskop zeigte Fragmente dieser Geschwulst als aus vieleckigen Pflasterepithelzellen mit spärlich zerstreutem Bindegewebe bestehend.

Ueber den weiteren Verlauf des Falles schreibt Kollege Gurowitsch:

[Der Kranke war mir zum Zweck der Diagnose von einem Kollegen zugesendet. Ein Spezialarzt stellte schon die Diagnose Parese des linken

Stimmbandes. Meine Diagnose lautet — nach mikroskopischer Untersuchung — gutartige Neubildung (Papillom) des linken Stimmbandes. Der Kranke klagte über Heiserkeit und erschwertes Atmen (Emphysem). Nach einigen Sitzungen reiste er mit heiserer Stimme, von der Geschwulst befreit, fort. Zu Ende Juli abermals Zangenoperationen mit demselben Resultat. In der Mitte August kehrte er schon in verschlimmertem Zustand zurück. Die Neubildung hat ein blumenkohlartiges Aussehen und verbreitet sich vom vorderen Winkel der Stimmbänder auf die ganze linke Larynxhälfte. Einen Monat später, 10. September, blieb vom ganzen Larynx nur die rechte hintere Hälfte frei, daselbst ein erbsengrosses Lumen. Sogar jetzt keine Drüsen, kein Fötor. Schmerz beim Drücken auf die linke Thyreoidplatte; 18. September stenotisches Atmen; 19. September Tracheotomie unter Narkose (Beobachter); 26. September die Haut über dem Larynx phlegmonös entzündet. Die Schwellung verändert sich allmählich; am 28. September kam eine grosse Quantität Eiter aus der Tracheotomiewunde (widerlicher Geruch, wie Knocheneiter). Beim Sondieren vom oberen Rande der Tracheotomiewunde: ein Gang unter der Haut nach links und oben zur linken Platte des Thyreoidknorpels; der zweite geht 2—3 cm in die Tiefe, bis er auf Knorpel dringt (Cricoidknorpel?). Abendtemperatur 38—38,5, Morgentemperatur 37—37,5. Da das Schlingen sehr erschwert war (chronisch-ödematöse Infiltration der Schleimhaut der Cart. arytaenoid. und Lig. ary-epiglottica), so schlug ich ihm die Laryngofissur vor, in die er einwilligte. 9. November Laryngofissur mit Paquelin. Der ganze Larynx deformiert, alles ausgefüllt von der Neubildung. Man unterscheidet keine Stimmbänder, keine Ventrikel. Alles ausgebrannt mit Paquelin. Am 14. November zeigten mikroskopische Schnittpräparate Züge grosser, flacher Epithelialzellen zwischen sparsamem Bindegewebe, die sich in Perlknoten gruppieren.

Der Cancer occultus in einen Cancer apertus verwandelt. Das erleichterte das Sauberhalten und die Subjektivsymptome: Schmerz, Schlingen usw. 2 Monate später erlag er seinem Leiden. Die Autopsie verweigert."

[Die Lektüre dieses Falles erinnerte den Herausgeber so lebhaft an den von ihm selbst beobachteten, in der Sammelforschung (S. 84, 1. Fall, S. 115 ausführlich) erwähnten Fall des Mr. M. W., sowohl was das laryngoskopische Bild, als auch was die anfänglich negativen Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung anbetraf, dass er sich erlaubte, Kollegen Gurowitsch einen Separatabdruck seines Berichtes über den genannten Fall mit der Bitte zuzuschicken, denselben durchzulesen und ihn wissen zu lassen, ob er es nicht nach der Lektüre dieses Falles für wahrscheinlicher halte, dass es sich auch in seinem eigenen Falle um eine von vornherein bösartige Neubildung mit papillären Exkreszenzen in der Peripherie gehandelt habe, statt anzunehmen, dass sich im

Laufe von kaum 3 Monaten aus einer erst seit ganz kurzer Zeit bestehenden, vermutlich gutartigen Geschwulst, deren laryngoskopisches Aussehen jedoch ausserdem den Verdacht auf Bösartigkeit a priori nahe lege (vgl. S. 114, 115) — eine bösartige entwickelt habe? — Kollege Gurowitsch antwortete hierauf: „Mit Ihren Auseinandersetzungen bin ich vollkommen einverstanden. Ihr mir schon, aber nicht so detailliert, bekannter Fall ähnelt wirklich dem meinigen, nur leider nicht dem Ausgange nach . . . .“ — Es wird hiernach auch dieser Fall als äusserst zweifelhaft, wenn überhaupt hierhergehörig bezeichnet werden müssen.]

9. Carlo Labus (Mailand). Der Patient war ein 80jähriger, sich im übrigen des besten Wohlseins erfreuender Mann, der den Beobachter im November 1884 konsultierte. Die Geschwulst, welche 5 Monate früher aufgetreten sein sollte, ging vom vorderen Drittel des rechten Stimmbandes aus. Sie war glatt, gelappt, von normaler Schleimhaut bedeckt, gestielt, beweglich, haselnussgross und sah wie ein weiches Fibrom aus. Der Rest des Kehlkopfs war normal. Die Diagnose der Gutartigkeit wurde auf Grund des laryngoskopischen Bildes sowie des makroskopischen Aussehens der gleich bei der ersten Visite mittelst der Zange intralaryngeal entfernten Geschwulst gestellt. „Am 10. März 1885 kehrte der Kranke, der ausserhalb Mailands lebte, zurück mit einer Geschwulst, die dasselbe Aussehen darbot, wie die erst beschriebene: gestielt, beweglich, aber deutlich zweilappig. Zweite Entfernung mit der Zange nach vorhergehender Cocainisierung. — Am 3. Juni kehrte der Kranke mit dem zweiten Recidiv wieder. Diesmal ist die Geschwulst nicht mehr gestielt. Sie sitzt an derselben Stelle, ist aber gebuckelt und fühlt sich bei Sondenberührung sehr hart an. Angesichts der Hartnäckigkeit der Recidive entferne ich die Geschwulst mit der Schlinge und nehme eine allgemeine Galvanokauterisation der Ansatzstelle vor. Alles dies aber hat nicht genügt: am 26. Juli stellt sich der Kranke mit einer erbsengrossen, von der alten Ansatzstelle ausgehenden Geschwulst aufs neue vor. Ich entferne sie und konstatiere makroskopisch die Charaktere eines Epithelioms. Bald tritt ein neues Recidiv ein, und der Kranke schreibt mir, dass er am 26. Oktober ein Stück von der Grösse einer starken Erbse ausgehustet habe. — Am 28. Februar 1886 sehe ich den Kranken wieder, und die laryngoskopische Untersuchung zeigt mir die gewöhnliche Erscheinung eines Epithelioms, welches das ganze rechte Stimmband ergriffen hatte. 3 Monate später starb der Patient bei sich zu Hause. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen.

[Die Diagnose der Gutartigkeit gründete sich, wie aus vorstehender Beschreibung ersichtlich, ausschliesslich auf das makroskopische Aussehen der Geschwulst. Speziell konnte der Umstand, dass dieselbe gestielt und beweglich war, wohl zu dem Glauben führen, dass sie im Beginne gutartiger Natur gewesen sei. Andererseits aber sind gestielte Cancroide, wenn auch selten, so doch

nichts weniger als unbekannt (vgl. z. B. S. 115), und sowohl das hohe Greisenalter des Patienten (80), in welchem die Entstehung einer gutartigen Neubildung ein Ereignis seltenster Natur ist (vgl. S. 133), wie vor allen Dingen die fast kontinuierlichen Recidive fordern bei dem Mangel mikroskopischer Untersuchungen nach der Ansicht des Herausgebers mit grösserer Wahrscheinlichkeit dazu auf, den Fall im Lichte einer primär bösartigen Geschwulst zu betrachten, welche nur anfänglich unter dem Bilde einer gutartigen verlief. — Er unterbreitete diese Erwägungen dem Kollegen Labus, welcher die Güte hatte, folgendes zu erwidern:

...... „Ich muss Ihnen gestehen, dass, obwohl ich den fraglichen Fall zuerst als gutartig diagnostiziert habe, sein späterer Verlauf in mir wohl den Zweifel hat aufkommen lassen, ob nicht die Geschwulst von Anfang an bösartig gewesen sei. Falls ich mich anfänglich hinsichtlich ihrer Natur getäuscht habe, so war dies nicht ausschliesslich eine Folge ihrer Charaktere: langer Stiel, Beweglichkeit, glatte Oberfläche mit normaler Schleimhaut, Fehlen von Katarrh, Blutungen, Schmerzen, Drüsenschwellungen usw. —, sondern auch, weil ich gerade in jenen Tagen einen anderen alten Mann wiedergesehen hatte, der an einer anscheinend gutartigen Neubildung am linken Stimmbande gelitten hatte und von mir im Jahre 1881 und dann noch 3 Mal wegen wiederholter Recidive in viermonatlichen Zwischenräumen operiert worden war. Zu der Zeit, als ich anfing, in diesem Falle eine maligne Umbildung zu argwöhnen, hörte die Tendenz zu Recidiven auf, und gerade in jenen Tagen hatte ich, wie eben erwähnt, 2 Jahre nach der letzten Operation, Heilung konstatieren können. — Ich bedauere sehr, dass ich in dem zur Sammelforschung beigesteuerten Fall nicht die mikroskopische Untersuchung der erst entfernten Geschwülste habe vornehmen können: Der Kranke hatte sie mitnehmen wollen, um sie seiner Familie zu zeigen. — Der Fall ist daher für mich nur ein Fall, in welchem aller Anschein einer gutartigen Form im Anfange vorhanden war; jedermann aber wird begreifen, dass es ohne mikroskopische Untersuchung lächerlich wäre, behaupten zu wollen, dass wirklich Gutartigkeit vorgelegen habe ......"

Der Fall wird daher jedenfalls in die Rubrik der zweifelhaften eingereiht werden müssen.]

10. O. Prinz [Dresden][1]) — „P. A., 55 Jahre alt, ist früher von Dr. Driver (jetzt Reiboldsgrün in Sachsen) wegen Stimmbandpolypen

1) Es hat sich ganz neuerdings herausgestellt (hierüber weiterhin mehr), dass die wiederholt (vgl. S. 164, Tabelle No. 64 u. 66, S. 194, 195) als „identisch" bezeichneten Fälle Navratil's und Morelli's in Wirklichkeit nicht identisch sind. Der bisher noch nicht beschriebene Fall Morelli's würde, dem Prinzip der alphabetischen Reihenfolge nach, an dieser Stelle folgen müssen. Er ist indessen in einen Anhang zu diesem Abschnitt verwiesen worden, um keine Verwirrung in die Zahlenverweise der Tabelle auf die einzelnen Fälle zu bringen. Anmerkung des Herausgebers.

(damals gebrauchter Ausdruck) mit Galvanokaustik operiert worden. September 1872 — ich weiss nicht, wie lange nach der 1. Operation — fand ich am vorderen Ende des rechten Stimmbandes einen bohnengrossen, wie ein Papillom aussehenden Tumor, den ich mit kalter Schlinge operierte. Im Februar 1873 war derselbe jedoch schon wieder gewachsen und wurde wieder kalt abgeschnürt, leider ohne nachfolgende mikroskopische Untersuchung. Unter der Operationsstelle, mehr am subglottischen Wulste entstand eine Vorbuchtung, die ich anfangs für Perichondritis hielt. Monatelange Behandlung brachte keine Besserung. 1875 musste wegen Atemnot, bedingt durch den subglottischen Wulst, die Tracheotomie gemacht werden. Juli 1876 Tod an Schwäche. Sektion ergab ein exulceriertes Epitheliom."

> [Der Mangel des genauen Datums des Beginnes des Leidens und der mikroskopischen Untersuchung der anfänglich entfernten Teile stempeln auch diesen Fall zu einem zweifelhaften. Der gegebenen Beschreibung zufolge kann es sich sehr wohl von vornherein um ein unter dem Bilde eines Papilloms auftretendes Epitheliom gehandelt haben, das nach wiederholter Entfernung der oberflächlichen Geschwulstteile einen infiltrierenden Charakter annahm und längere Zeit bewahrte. Die Dauer des Leidens, soweit aus der Schilderung ersichtlich, übersteigt nicht diejenige mancher sicher konstatierter Fälle primärer Kehlkopfkrebse.]

11. Ph. Schech (München) begleitet den folgenden Fall mit der Bemerkung: „Einsender glaubt sicher, dass die Neubildung vom ersten Anfang an bösartig war, denn die operativen Eingriffe waren sehr unbedeutend, da sich Patient sehr bald der Behandlung entzog."

Der Fall selbst ist folgender:

Der Patient war ein 41 jähriger Tagelöhner. Die Geschwulst trat im 41. Lebensjahre (1874) auf. Der Befund im Kehlkopfe war: „Stärkere Rötung des ganzen Larynx, besonders der Schleimhaut des rechten Taschenbandes; aus dem rechten Ventriculus Morgagni kommt eine grosse Anzahl schneeweisser, warziger, teils rundlicher, teils spitzer Exkreszenzen; das rechte Stimmband verdeckt, aber ebenfalls von solchen Exkreszenzen bedeckt." Die ursprüngliche Diagnose der Gutartigkeit der Neubildung war auf blosse Inspektion gegründet. Dreimal wurden Fragmente mit Messer und Pinzette entfernt. Ob anfänglich gutartige Recidive erfolgten, resp. wie oft und in welchen Zwischenräumen nach der Operation, war nicht zu bestimmen, da sich Patient bald der Behandlung entzog und erst zufällig nach drei Jahren wieder gesehen wurde.

Die letzte Operation war am 41. Januar 1875 vorgenommen worden. Der Patient wurde im Juni 1878 — nachdem seit 1875 keine Untersuchung und Behandlung mehr stattgefunden hatte — asphyktisch ins Krankenhaus gebracht und sofort tracheotomiert.

Es fand sich nunmehr an der Stelle der ursprünglichen Neubildung eine Geschwulst, deren krebsiger Charakter sowohl durch laryngoskopische,

wie durch mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente erschlossen wurde. Die letztere, von dem Beobachter und von dem verstorbenen Prof. Buhl vorgenommen, wies nach, dass die oberen Schichten exstirpierter Teile nur das Bild von Papillomen zeigten, während sich in den tieferen Schichten „Epithelialnester mit Krebszellen" fanden. Laryngoskopisch war jetzt „statt der früheren Papillome (?) am rechten Stimm- und Taschenband der ganze Larynx von einer kirschengrossen, roten, teilweise mit weissen Zapfen versehenen Geschwulst angefüllt."

Die rechte Schildknorpelplatte war aussen vorgewölbt, uneben und höckrig; später erschien eine faustgrosse papillomähnliche Masse auf der rechten äusseren Larynxhälfte. Der Tod erfolgte an Marasmus am 17. Oktober 1878. Resultat der Autopsie: „Carcinom der rechten Kehlkopfhälfte mit Durchwachsung des Schildknorpels. Präparat in der Sammlung des Münchener Pathologischen Instituts."

[Dem aufmerksamen Leser wird die merkwürdige Aehnlichkeit nicht entgangen sein, welche dieser Fall zu verschiedenen Perioden seines Verlaufs mit mehreren der früher berichteten Fälle aufweist. Die anfängliche Beschreibung erinnert aufs Lebhafteste an den „schneeweissen Papillomrasen" des Herausgebers (S. 116), die „kirschengrosse, rote, teilweisse mit weissen Zapfen versehene Geschwulst", als welche sich die Neubildung drei Jahre später präsentierte, an Stoerk's zweiten Fall anscheinend spontaner Umbildung eines Papilloms in ein Carcinom (S. 179), die faustgrosse, papillomähnliche Masse auf der Aussenseite des Kehlkopfs an Morell Mackenzie's mehrerwähnten Fall (S. 77 und speziell Centralblatt, V., S. 270). So bildet er ein Bindeglied zwischen diesen, zu sehr verschiedenen Perioden beobachteten Fällen und lehrt uns eine bisher wenig beschriebene Form des Verlaufs des Kehlkopfkrebses kennen. Der Gedanke an ursprüngliche Gutartigkeit ist natürlich nicht ganz von der Hand zu weisen; weit wahrscheinlicher aber dürfte es sein, dass es sich entweder um ein ursprünglich unter dem Bilde eines ungewöhnlich aussehenden Papilloms in die Erscheinung tretendes Cancroid, oder um eine Mischgeschwulst, oder um von krebsiger Basis aufschiessende, papilläre Exkreszenzen gehandelt hat. Letztere Auslegung dürfte im Lichte der mikroskopischen Untersuchung (s. o.) vielleicht als die wahrscheinlichste gelten. Jedenfalls wird der Fall, wie dies ja auch von dem Beobachter selbst hervorgehoben worden ist, als ein durchaus zweifelhafter bezeichnet werden müssen.]

12. J. Schnitzler (Wien). — J. Mahl (Lemberg).

Der folgende Fall ist der von Prof. Schnitzler in der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden, 1887, berichtete (vgl. S. 94 und Centralblatt, Jahrgang IV, S. 289). In seinem Beitrag zur Sammelforschung verwies Prof. Schnitzler einfach auf die ausführliche Beschreibung des Falles seitens seines Assistenten

Dr. M. Hajek in der „Internationalen klinischen Rundschau", 1888, und legte gleichzeitig einen Separatabdruck der betreffenden Arbeit desselben, betitelt: „Zur Diagnose der tuberkulösen und carcinomatösen Perichondritis des Kehlkopfs" bei.

So interessant diese Arbeit vom Standpunkt der in ihrem Titel genannten differentialdiagnostischen Frage ist (ihre Lektüre sei hiermit ausdrücklich empfohlen), so würde eine Reproduktion ihres Inhalts an dieser Stelle nur von dem uns hier beschäftigenden Gegenstande abführen, da, wie dies aus der Hajek'schen Schilderung klar hervorgeht, bereits zu der Zeit, als Prof. Schnitzler den Patienten zum ersten Male sah, die Vermutung, dass man es möglicherweise mit einer gutartigen Neubildung zu tun haben könne, gar nicht mehr in Frage kommen konnte. Folgendes ist nämlich der Status, soweit der Hals in Frage kommt, bei der ersten Untersuchung des Kranken in der Schnitzler'schen Poliklinik am 15. Juni 1887 in der Hajek'schen Schilderung:

„Die laryngoskopische Untersuchung des Kehlkopfs ergab mässige Schwellung der seitlich zusammengedrückten und überhängenden Epiglottis, starke Schwellung beider Taschenbänder, beider Aryknorpel, der rechte fast unbeweglich. Von den wahren Stimmbändern war mit Ausnahme des hinteren Endes des linken, das mässig gerötet und geschwellt erschien, nichts zu sehen. Auch in die Regio subglottica konnte man wegen hochgradiger Verengerung der Stimmritze keinen Einblick gewinnen."

„Die äussere Besichtigung des Halses ergab vor Allem eine allgemeine Verbreiterung der Kehlkopfgegend; Schild- und Ringknorpel waren stark verdickt, das umgebende Gewebe resistent. Die Cervicaldrüsen vor dem rechten Sternocleidomastoideus präsentierten sich als ein faustgrosser Tumor, der an einer Stelle deutliche Fluktuation zeigte. In dem Tumor fühlten sich die einzelnen Drüsen vergrössert, aber nicht hart an, linkerseits waren die analogen Drüsen nicht deutlich fühlbar."

Dieser Schilderung ganz entsprechend zieht denn auch Kollege Hajek selbst, während er die Frage aufwirft, welche Diagnose nach dem vorliegenden Befunde zu stellen sei, gutartige Neubildungen gar nicht mehr in Betracht, sondern gibt nur die Gründe für und gegen Tuberkulose und Carcinom an. Der weitere Verlauf zeigte, dass die Krankheit krebsiger Natur war, eine Diagnose, bei welcher Prof. Schnitzler von Anfang an unbeirrt geblieben war. Es stellte sich linksseitige carcinomatöse Pleuritis ein, und kaum zwei Monate nach seinem Eintritt in das Spital erlag der Patient seinem Leiden. Das Protokoll der Obduktion (Dr. Zemann) lautet, soweit es den Kehlkopf etc. betrifft, folgendermassen:

„Im Larynx und in der Trachea grosse Mengen einer stinkenden, trüben, mit Gewebsflocken untermengten, schmutzig schwärzlich-grünlichen Flüssigkeit. Die ganze Innenfläche des Kehlkopfes ist zerfallen und ausgekleidet mit zottigen, zunderartigen, zerfliessenden, missfarbigen Gewebsmassen. Der Schildknorpel mit Ausnahme des vorderen oberen

Randes völlig zerstört, ebenso der vordere Anteil des Ringknorpels. Die Ueberreste dieses Knorpels blossliegend, schmutzig schwärzlich verfärbt und groblückig, rauh. Die Epiglottis verdickt durch eine narbenartige, sternförmige Verdickung der Schleimhaut in der rechten ary-epiglottischen Falte und etwas nach rechts gezogen. Die Schleimhaut der Trachea zum Teil stark injiziert, zum Teil grünlich missfarbig usw. usw. . . . .“

Auch dieser Leichenbefund bildet, wie man sieht, keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer stattgehabten Metamorphose, und ein solcher kann daher nur in derjenigen Periode zu suchen sein, welche vor Prof. Schnitzler's erste Untersuchung fällt. Anamnestisch berichtet Kollege Hajek, dass Patient bisher von Dr. Mahl in Lemberg behandelt worden sei, der ihn schliesslich an die Schnitzler'sche Poliklinik gewiesen habe und dessen Begleitschreiben er entnimmt, dass Patient im März 1886 unter Erscheinungen einfacher Laryngitis erkrankt sei, dass Dr. Mahl 3—4 Monate später „einen auf dem rechten Stimmbande aufsitzenden bohnengrossen Tumor, der wie eine Himbeere aussah“, konstatiert und mittelst Polypenpinzette und Polypenquetscher entfernt, sowie die Ansatzstelle einige Tage später mit Chromsäure geätzt habe, worauf wesentliche Besserung der Stimme eingetreten sei. Nach sechs Wochen sei aber wieder Schwellung des rechten Stimmbandes mit Wucherung an der Kante desselben und nach einiger Zeit infolge wiederholter Erkältung im Dienste bedeutende Schwellung des rechten Arytaenoidknorpels mit allmählicher Unbeweglichkeit der rechten Larynxhälfte eingetreten. Von da ab habe sich der Zustand verschlimmert, Husten, Schlingbeschwerden, Atemnot hätten immer mehr zugenommen, und zur Zeit der Vorstellung des Patienten auf der Schnitzler'schen Poliklinik sei der oben geschilderte Befund erhoben worden.

Auf diese anamnestischen Daten gründet dann Kollege Hajek folgende epikritische Bemerkungen:

„Offenbar handelte es sich primär um eine Geschwulst auf dem rechten wahren Stimmbande, welche nach dem Aussehen für Papillom gehalten werden musste. Ob diese Geschwulst auch tatsächlich ein einfaches Papillom gewesen und erst nachher in Carcinom übergegangen ist, lässt sich, da eine histologische Untersuchung der exzidierten Stücke nicht vorliegt, nicht entscheiden; doch ist dies immerhin wahrscheinlich. Sicher ist nur, dass es sich späterhin um einen Medullarkrebs gehandelt hat, welcher einerseits zu chronischem Oedem des Larynx, andererseits zu Perichondritis thyreoidea und cricoidea geführt hat . . . .“

Kollege Mahl hat die Güte gehabt, seinen Beitrag zur Sammelforschung, in welchem er ebenfalls dieses Falles gedenkt, mit folgender ausführlicher Schilderung des Verlaufes desselben, so lange sich der Kranke unter seiner Behandlung befand, zu begleiten und auf dem Fragebogen hinsichtlich der ursprünglichen Gutartigkeit zu bemerken, dass es ihm „wahrscheinlicher sei, dass sein Auge getäuscht wurde“:

Lemberg, am 3. April 1888.

„.... Im Oktober 1886 kam Patient zu mir, Klage führend über eine seit 2 Monaten bestehende Heiserkeit. Die Untersuchung ergab eine himbeerartige Geschwulst in der Grösse einer Erdbeere auf dem rechten Stimmbande in der Mitte aufsitzend. Ich entfernte dieselbe mittelst Schrötter'scher Pinzette. Fünf Tage später ätzte ich mit Acidum chromic. die Basis der Neubildung. Da Patient seinen Dienst als Kondukteur der Carl Ludwig-Bahn trotz aller Unbilden der Witterung weiter versah, bekam ich ihn erst viele Wochen später wieder zu Gesicht. Die Neubildung an der Oberfläche des Stimmbandes war verschwunden, das Stimmband selbst geschwellt, gerötet."

„Es wurde nun jeden zweiten bis dritten Tag gegen den mutmasslichen Katarrh eine 3 proz. Lapislösung gebraucht. Im Dezember 1886 trat wieder eine merkliche Verschlimmerung auf, die Wucherung am Rande des verbreiterten Stimmbandes war nicht scharf begrenzt, sondern ging unter das Stimmband."

„Schon damals kam mir die ganze Geschichte carcinomverdächtig vor, und ich riet dem Patienten zur Reise nach Wien. Schlechte finanzielle Verhältnisse hinderten ihn daran, doch frug er in Krakau Dr. Pieniaçek um Rat."

„Im Dezember entfernte ich mittels Stoerk'scher Guillotine eine Partie wandständigen Wulstes auf dringendes Verlangen des Kranken, den die Heiserkeit und das unangenehme Gefühl des Fremdkörpers plagte. Der Kranke fühlte sich erleichtert, die Stimme besserte sich."

„$1\frac{1}{2}$ Monate später hatte er eine akute Bronchitis akquiriert und da trat gleichzeitig subakute Schwellung des rechten Stimmbandes und bald darauf verminderte Beweglichkeit ein."

„Am 15. April 1887 demonstrierte ich den Kranken dem Dr. Pieniaçek und zwei Primarchirurgen als für mich interessanten Fall. Der Kranke sprach klarer, wie gewöhnlich. Die Herren meinten, das rechte Stimmband sei paretisch, das linke Stimmband gerötet, geschwellt, eine deutliche Wucherung oder Geschwulst nicht nachweisbar."

„Bald darauf erkrankte der Patient an Perichondritis des rechten Aryknorpels mit Schmerz beim Schlucken im Ohre und beim Schlingen, sowie leichter Inspirationsstenose durch starke Schwellung der Umgebung bedingt, und musste 3 Wochen das Bett hüten."

„Im Mai 1887 trat eine Drüsenschwellung an der rechten Halsseite auf, beiläufig in der Höhe der Cart. thyroid. Ich bewog den Kranken, nach Wien zu fahren, und wie ich privatim erfuhr, hat Prof. Fritsch die mikroskopische Untersuchung der operierten Drüse vorgenommen ohne die Diagnose fixieren zu können. Wegen Zunahme der Stenose musste die Tracheotomie vorgenommen werden. 2 Wochen später soll Patient an Pleuritis erkrankt und gestorben sein und die Sektion die Carcinomatose nachgewiesen haben."

Dr. Mahl spricht dann die Hoffnung aus, dass Prof. Schnitzler die diesbezüglichen näheren Details zur Sammelforschung beisteuern werde, und fährt folgendermassen fort:

„Aus der Beschreibung dieses Falles werden Sie, geehrter Herr Kollege, entnehmen, dass dieser Fall schwer zu diagnostizieren war, jedesmal musste der empfindliche Kranke cocainisiert werden, und das Bild war kein prägnantes. Beschreiben musste ich ihn jedoch, weil ich ich ihn länger in Beobachtung hatte, als Prof. Sch. und ich meinen Bedenken in die anfängliche Gutartigkeit zweifelnden Ausdruck geben musste. Der Mann war 56 Jahre alt, Raucher, Schnupfer und Schnapsfreund, ausgesetzt dem Witterungswechsel als Eisenbahn-Kondukteur, die Krankheit dauerte verhältnismässig kurz, 13—14 Monate, die Diagnose in Lemberg nur auf Inspektion gestützt, alles Momente, die Bedenken in die Gutartigkeit aufkommen lassen mussten."

Achtungsvoll
Dr. Mahl.

[Die Mahl'sche Schilderung lässt nach der Ansicht des Herausgebers kaum einen Zweifel darüber aufkommen, dass es sich in diesem Falle nicht um eine Umwandlung, sondern um eine primär bösartige Geschwulst gehandelt hat, die nur anfänglich unter dem Bilde einer gutartigen Neubildung verlief. Bei einem 56jährigen Patienten findet sich nach nur zweimonatlicher Heiserkeit eine erdbeergrosse, himbeerartige Geschwulst auf der Mitte des rechten Stimmbandes. Schon drei Monate nach der intralaryngealen Entfernung wiederum merkliche Verschlimmerung. „Die Wucherung (also muss doch ein Recidiv eingetreten sein) am Rande des verbreiterten Stimmbandes nicht scharf begrenzt, sondern unter das Stimmband gehend." Nach wiederholter Operation, $1^1/_2$ Monate später, wiederum subakute Schwellung des rechten Stimmbandes und bald darauf verminderte Beweglichkeit desselben. Etwa drei Monate später Perichondritis des rechten Arytaenoidknorpels, wieder einen Monat darauf Drüsenschwellung an der rechten Halsseite — das sind doch alles Dinge, die für Kehlkopfkrebs völlig typisch sind, und alle diese Dinge spielten sich im Laufe des ersten Jahres des Leidens ab! — Für eine ursprüngliche Gutartigkeit liegt absolut nichts, als das Aussehen der ursprünglichen Geschwulst vor. Wie trügerisch dies Moment ist — dafür hat die Sammelforschung Beweise genug geliefert. — Kurz: der Herausgeber stimmt völlig mit dem Kollegen Mahl in dessen eigener Vermutung überein, dass denselben sein Auge ursprünglich getäuscht habe, und würde nicht anstehen, den Fall aus der Liste der Transformationsfälle ganz zu streichen. Keineswegs darf er wohl anders, als „im höchsten Grade zweifelhaft" bezeichnet werden.]

13. L. v. Schroetter (Wien). Die Patientin war eine 29jährige Dame, die Gattin eines Arztes. Die Geschwulst war im 28. Lebensjahre

aufgetreten. Sie stellte einen sehr grossen, lebhaft rot gefärbten, unregelmässig gebuckelten, aus dem rechten Ventrikel dessen ganzer Länge nach hervorragenden und die Glottis fast völlig ausfüllenden Tumor dar. (Der Befund ist durch eine beigegebene, kolorierte, vorzügliche Zeichnung illustriert.) Es wurden dreimal Stücke entfernt und die mikroskopische Untersuchung dreimal von Dr. H. Chiari (jetzt Professor in Prag) vorgenommen. Dieselbe ergab Fibrom. „Die erste Operation wurde mit Messer mit Abtragung des ganzen freien Teiles der Geschwulst gemacht, nur um der Patientin Atem zu verschaffen, da diese im 8. Monat der Schwangerschaft war und zu ihrer Entbindung nach Hause reisen wollte.“ Sieben Monate nach der Operation trat ein Recidiv resp. Nachwachsen des restierenden Teiles ein.

Es wurde aufs Neue operiert, und die mikroskopische Untersuchung des entfernten Stückes ergab wieder Fibrom. Die Operationsmethode war diesmal Messer und Galvanokauter. „Drei Wochen nach der letzten Operation Tod im Gefolge von Pyämie, bei histologischer Untersuchung nach dem Tode Carcinom.“ (Von Prof. Chiari konstatiert.) „Die Lymphdrüsen am Halse in der Nachbarschaft des Larynx teils eitrig infiltriert, teils bereits eitrig zerflossen, auf letzteren Vorgang der Substanzverlust (? Herausgeber) in der Regio supraclavicularis dextra zu beziehen. Pneumonie der rechten Lunge. Mikroskopische Untersuchung: Stromareiches Carcinom, das der Form und Anordnung seiner Zellen nach von den Schleimdrüsen ausgegangen war.“

[Die Mitteilung, dass nur drei Wochen nach der letzten Operation die postmortale histologische Untersuchung des Tumors Carcinom ergab, während dieselbe intra vitam doch augenscheinlich durchaus keine klinischen Kennzeichen seiner Malignität dargeboten hatte, und eben erst (vgl. oben) wieder histologisch als „Fibrom“ diagnostiziert worden war, erinnerte den Herausgeber sofort an den Cajetan von Textor-Virchow'schen Fall von Mischgeschwulst (vgl. S. 120), in welchem es sich ebenfalls um ein „rekurrierendes Fibrom“ zu handeln schien, und in welchem die nachträgliche genaue Untersuchung des erstentfernten Stückes doch schliesslich ergab, dass „ganz kleine Stellen darin den cancroiden Bau besassen, während fast der ganze übrige Tumor fibromatös war“. Ein ähnliche Möglichkeit schien ihm trotz der wiederholten mikroskopischen Untersuchungen seitens eines so ausgezeichneten Pathologen, wie es Prof. Chiari ist, auch im gegenwärtigen Falle sehr wahrscheinlicher Weise vorzuliegen, und er unterbreitete daher die Frage, ob nicht auch hier schon von Anfang an eine Mischgeschwulst vorgelegen haben dürfte, dem Kollegen v. Schroetter, der die Güte hatte, Folgendes zu erwidern: . . . . „Was die zweite Frage anbelangt, ob Mischform, so kann ich Ihnen meine Ansicht nur dahin präzisieren, dass ich selbst glaube, in jenem Falle war schon anfänglich das Carcinom vorhanden! —

Auch dieser Fall wird daher unter die Kategorie der „zweifelhaften“ eingereiht werden müssen.]

14. Clinton Wagner (New York) bemerkt wiederholt, dass der folgende, von ihm eingesandte Fall Zweifeln ausgesetzt sei, besonders da die Berichte der Mikroskopiker über den histologischen Befund von einander differierten. (Vgl. Ss. 119 u. 131.) Seine Beschreibung lautet in wörtlicher Uebersetzung folgendermassen:

„Dieser Fall hatte für das blosse Auge alle Erscheinungen eines Papilloms. Eine vollständige Entfernung mittels der Zange wurde nicht erzielt, aber genügend, um die Stimmfunktion wiederherzustellen. Der Patient kehrte in seine Heimat auf dem Lande zurück, blieb aber, statt sich, wie er es versprochen hatte, nach Ablauf eines Monats wieder behufs erneuter Untersuchung vorzustellen, fünf Monate fort. Während dieser Zeit war die Geschwulst genügend gewachsen, um beängstigende Atemnot zu verursachen. Tracheotomie und Thyreotomie wurden vorgenommen, die Geschwulst gründlich entfernt und der Galvanokauter auf die früheren Ansatzstellen appliziert. Die entfernten Stücke wurden drei mikroskopischen Sachverständigen unterbreitet mit folgenden ausserordentlichen Ergebnissen:

Dr. Delafield erklärt die Geschwulst für ein „einfaches Papillom“.

Dr. J. W. S. Arnold für ein „Sarkom“.

Dr. W. J. Alexander für ein „epitheliomatöses Papillom“.

Der Patient überlebte die Tracheotomie um zwei Jahre; in der Zwischenzeit wurde wiederholt die Laryngofissur behufs temporärer Erleichterung vorgenommen. Weitere Details über diesen Fall sind zu finden in einem Aufsatz über „Intralaryngeal Growths“ im „Ohio Medical a. Surgical Reporter“, August 1878, Fall XII, sowie eine Bezugnahme auf ihn unter demselben Titel, im Abschnitt „Sarcomata“ in den „Philadelphia Medical News“, vom 3. Februar 1883.“

[Die natürlichste Erklärung des vorstehenden Falles und der Differenzen zwischen den Mikroskopikern dürfte wohl die sein, dass es sich von Anfang an um eine Mischform gehandelt hat, die unter dem Bilde eines Papilloms in die Erscheinung trat. So ererklärt sich wenigstens einerseits der klinische Verlauf, andererseits die Differenz der mikroskopischen Befunde der Herren Delafield und Alexander. Der erste der genannten Herren mag eben nur Stücke von rein papillomatösem Bau, der andere Stücke, die eine Mischform von Papillom und Cancroid aufwiesen, vor sich gehabt haben. Wie Dr. Arnold zu der Diagnose „Sarkom“ gelangt ist, ist freilich ohne genaue Kenntnis der Originalberichte, die uns nicht zur Verfügung stehen, schwerer zu erklären. — Jedenfalls wird man angesichts der Differenzen zwischen den pathologischen Anatomen nur mit dem klinischen Beobachter den Fall als einen „zweifelhaften“ bezeichnen können, wenngleich wir uns andererseits durchaus nicht der Einsicht verschliessen, dass von

gegnerischer Seite gerade die Differenzen für die Anschauung geltend gemacht werden könnten, dass die Geschwulst just zur Zeit ihrer mikroskopischen Untersuchung sich in dem Uebergangsstadium befunden habe. — Bedauerlich ist es angesichts dieser Schwierigkeiten, dass die obigen Mitteilungen über den klinischen Befund und Verlauf so kurz sind, und mancher wesentlicher Punkte, wie des Alters des Patienten, des Ausgangspunktes der Geschwulst etc. gar nicht gedacht ist. Grössere Ausführlichkeit in diesen Beziehungen möchte uns möglicherweise zu grösserer Sicherheit verholfen haben.]

15. W. Mac Neill Whistler (London) beschreibt folgenden Befund in einem Fall, der ihm von Dr. Whipham (London) zur Begutachtung überwiesen worden war, und in dem sich schliesslich (vgl. unten) die bösartige Natur der Neubildung herausstellte:

„Dieser Fall (ein männlicher Patient) wurde mir von Dr. Whipham am 18. März 1879 zugesandt. Er ist ausführlich im 14. Bande der „Transactions of the Clinical Society" berichtet. Meine Notiz über den laryngoskopischen Befund lautet: Eine abgeplattete Geschwulst mit unebener Oberfläche am vorderen Abschnitt des linken Stimmbandes, anscheinend das Ueberbleibsel einer Geschwulst, deren grösserer Teil entfernt worden ist. Dicht hinter und über ihr befindet sich eine andere Geschwulst vom Umfange einer sehr grossen Erbse am linken Taschenbande; dieselbe ist rund, mit warziger Oberfläche. Diese Geschwulst war entzündet und das Taschenband in ihrer Nähe war rot und geschwollen. Wie mir mitgeteilt wurde, war diese Geschwulst kürzlich mittels der Zange operiert worden. Sie hatte das Aussehen eines entzündeten Papilloms, was auch mit den Resultaten der mikroskopischen Untersuchungen übereinstimmte, die an den entfernten Fragmenten angestellt worden waren. Aus dem Aussehen der Geschwulst konnte ich keine Zeichen entnehmen, welche auf ihre Bösartigkeit hingedeutet hätten. Indessen war zu jener Zeit ein gewisser Grad von Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes vorhanden."

Soweit Dr. Whistler.

Dr. Whipham hat sich an der Sammelforschung nicht beteiligt, den in Rede stehenden Fall dagegen, wie schon in der Whistler'schen Notiz erwähnt, im 14. Bande der Verhandlungen der Londoner Klinischen Gesellschaft unter dem Titel: „Exstirpation des Kehlkopfs und Entfernung einer grossen Neubildung, welche ursprünglich das Taschenband und Stimmband einnahm, später aber den ganzen Kehlkopf involvierte", in Gemeinschaft mit dem Chirurgen, Mr. T. Pickering Pick, der die Exstirpation ausführte, ausführlich beschrieben. Der dortigen Schilderung entnehmen wir folgende, für die uns hier beschäftigende Frage wichtige Details:

Der Patient war ein 39jähriger Handelsreisender, der Dr. Whipham am 27. Mai 1876 wegen Heiserkeit und häufigen Bedürfnisses, sich zu

räuspern, konsultierte. Diese Beschwerden hatten im Januar desselben Jahres begonnen. Eine Ursache derselben wusste der Kranke nicht zu nennen. Kein Schmerz im Kehlkopf, aber häufige erratische Muskelschmerzen in der rechten Halshälfte. Keine syphilitische Vorgeschichte, keine äussere Schwellung am Halse, keine Respirationsbeschwerden. Wegen hochgradiger Nervosität war erst am 8. Juni ein Einblick in den Kehlkopf möglich. „Eine warzige Geschwulst, etwas grösser als eine Erbse, wurde gesehen, die anscheinend vom vorderen Drittel des linken Taschenbandes und teilweise auch vom Stimmband ausging.“ Am 29. Juli Entfernung zweier kleiner Fragmente mittels der Zange. Besserung der Heiserkeit. Im September Schwellung und Rötung der vorderen drei Viertel des linken Stimmbandes, keine Wiederkehr der Geschwulst. In den nächsten 6 Monaten Dyspepsie, Niedergeschlagenheit, Schwindelgefühl, unregelmässige Defäkation. Im Februar 1877 Recidiv der Kehlkopfgeschwulst an derselben Stelle. Am 3. März Entfernung eines grossen und zweier kleiner Fragmente mittels der Zange. „Die mikroskopische Erscheinung zu jener Zeit war die eines gewöhnlichen Papilloms.“ Am 16. Juni neues Recidiv und Entfernung eines kleinen Stückes. Am 5. Januar 1878 neues beträchtliches Recidiv, Exstirpation mehrerer Stücke, anscheinende Entfernung des ganzen warzigen Tumors, linkes Stimmband verdickt und etwas gerötet. Vom Beginn des nächsten Monats muskuläre Schmerzen in Hals und Schultern, beginnend und verstärkt, wenn Patient viel spricht. Am 23. März neues Recidiv und neue Operation. „Dieselbe wurde bis zu einem gewissen Grade zufriedenstellend ausgeführt, doch blieb ein sessiler Tumor mit breiter Basis am Stimmband und teilweise am Taschenband angeheftet nach der Evulsion der prominenten Teile der Geschwulst“. Am 19. April Entfernung eines anderen Teiles der Geschwulst. Patient gibt seine Beschäftigung als Handelsreisender auf und ergreift eine andere, in der er nicht so viel zu sprechen braucht. „Beträchtliche Verbesserung war das Resultat dieser Veränderung, und der Tumor wuchs weniger schnell, und erst am 31. December wurde eine neue Operation nothwendig, bei der ein Stück von Erbsengrösse entfernt wurde. Die Verdickung des Stimm- und Taschenbandes war indessen zu jener Zeit sehr beträchtlich; vor der Evulsion war die Atmung einigermassen behindert, mit einem gewissen Grade von Stridor bei tiefer Inspiration, und die Lippen waren entschieden cyanotisch geworden. (Wie stimmt die im vorhergehenden Satze berichtete Verbesserung zu dem im letzten Satze geschilderten Befunde? Herausg.) Im Anfang des Jahres 1879 erkältete sich der Patient und Laryngitis folgte. Die Entzündung persistierte. Am 18. März untersuchte Dr. Whistler freundlichst den Hals des Kranken (vgl. oben, Herausg.) und berichtete mir, dass er keine Veranlassung sähe, die Geschwulst, welche jetzt sowohl das Taschenband wie das Stimmband involvierte, für etwas anderes als eine gutartige Neubildung zu halten.“ Der Patient wurde nunmehr ins St. George's Hospital aufgenommen, wo er 6 Wochen verblieb. Gegen

Ende dieser Zeit hatte die Laryngitis beträchtlich abgenommen, aber nicht genügend, um einen Versuch machen zu können, die Geschwulst zu entfernen. Er verliess das Hospital in „leidlichem Wohlbefinden", aber mit sehr heiserer Stimme. Am 23. Juni kam er wieder zu Dr. Whipham wegen eines schweren Anfalls von Dyspnoe und Orthopnoe in der vorhergehenden Nacht. „Die Neubildung war jetzt sehr gross und behinderte, ausser wenn er sich ruhig hielt, die Atmung in bedenklicher Weise. Er sagte mir, dass er in letzter Zeit Empfindlichkeit und beträchtliche Schwellung über der linken Schildknorpelplatte gehabt habe. Ein grosser Teil der Schwellung war gegenwärtig zurückgegangen, aber ein kleiner, harter, schmerzloser Tumor war in der bezeichneten Gegend zurückgeblieben." Der Patient wurde wieder ins Hospital gesandt, und im Laufe der nächsten 6 Wochen wurden mehrere Fragmente aus dem Kehlkopf entfernt. Am 10. Oktober wurde ein Stück von beträchtlicher Grösse exstirpiert mit grosser Erleichterung für den Patienten, welcher erklärte, sich seit dem Anfang seiner Krankheit nicht so wohl befunden zu haben. Am 12. Februar 1880 aber kam er wieder mit der Angabe, dass seine Stimme seit etwa 14 Tagen wieder heiserer geworden sei. Der Kehlkopf war allgemein kongestioniert, und am freien Rande des linken Stimmbandes fand sich eine knotige Neubildung von der Grösse einer „egyptischen Linse", welche die Annäherung der beiden Stimmbänder aneinander beträchtlich hinderte. Der Kehlkopf war zu stark kongestioniert, um eine Operation ratsam erscheinen zu lassen. „Am 4. März hatte eine beträchtliche Veränderung in dem Zustande der Teile stattgefunden. Die Neubildung schien nunmehr das ganze linke Taschenband zu involvieren und hatte ausserdem ihren warzigen Charakter verloren; der Mann litt — zu Zeiten schwer — an Atemnot bei Anstrengungen. Einige Tage später entfernte ich ein Knötchen, welches zwischen den Stimmbändern nahe ihrer vorderen Kommissur hervorragte. Dies wurde mikroskopisch untersucht und als Papillom befunden. Der linke Schildknorpelflügel war zu jener Zeit — evident durch die Geschwulst — nach aussen gedrängt und auf Druck empfindlich. Gegen Ende April hatte die allgemeine Tumefaktion des linken Taschenbandes und Stimmbandes beträchtlich zugenommen, während gleichzeitig die Dyspnoe intensiver und intensiver wurde. Der Patient wurde daher aufs neue ins St. George-Hospital aufgenommen, und am 1. Mai nahm Mr. Pick die Tracheotomie vor, von welcher Operation sich der Kranke ohne jeden Zwischenfall vollkommen erholte. Er verliess das Hospital 1—2 Wochen nachher mit der Kanüle."

„Am 23. Juli sah ich W. G. wieder und fand den Kehlkopf durch eine weisse, halb durchscheinende Masse vollkommen obstruiert. Inspiration war unmöglich, ausser durch die Kanüle. Eine runde Masse konnte unterhalb des Ringknorpels an der linken Seite gefühlt werden, und den Angaben des Patienten zufolge war oft krampfhafte Kontraktion der Muskeln dieser Halsseite vorhanden."

„Am 16. Oktober war der Kehlkopf durch die Neubildung beträchtlich verbreitert, welche anscheinend hauptsächlich die Taschenbänder involvierte, infolge wovon die Stimmbänder nicht gesehen werden konnten. Die linke Kehlkopfshälfte mit dem Giessbeckenknorpel war unbeweglich in vollkommener Phonationsstellung. Die äussere Schwellung schien nicht sehr zugenommen zu haben."

„Anfang November erfolgten ein paar Male Blutungen durch die Kanüle, wenn er hustete. Der Mann sah elend und niedergeschlagen aus: sein Allgemeinbefinden litt sichtlich, und am 30. Dezember 1880 wurde er wiederum ins Hospital aufgenommen, um eine Radikaloperation durch den Chirurgen behufs Entfernung des Leidens ausführen zu lassen."

Diese Radikaloperation wurde am 16. Januar 1881 von Mr. Pick ausgeführt und bestand in der Totalexstirpation des Kehlkopfs. Behufs der Details der chirurgischen Massnahmen muss auf das Original verwiesen werden. Der Patient überstand die Operation selbst, starb aber, wahrscheinlich an Pyämie, fünf Tage später.

Der Kehlkopf wurde vollständig von der Neubildung angefüllt gefunden, auch die Epiglottis war ergriffen. Links war die Neubildung nach aussen durchgebrochen und bedeckte den linken Schildknorpelflügel.

In seinen epikritischen Bemerkungen spricht Dr. Whipham folgendermassen über die uns hier interessierende Frage:

„Mit Bezug auf die Geschwulst selbst liegen mehrere Punkte von Interesse vor. Diejenigen Portionen, welche mikroskopisch vor der Tracheotomie am 1. Mai 1880 untersucht wurden, hatten grösstenteils[1]) („for the most part") (! Herausgeber) das Aussehen von Papillomen, während die zur Zeit der Operation entfernte unzweifelhaft epitheliomatös war. Nach dieser Operation wurde ein sorgsamer Vergleich der durch sie entfernten Masse mit den vorher mittelst der Zange exstirpierten Fragmenten vorgenommen, wobei sich herausstellte, dass Teile von einem Schnittpräparat eines im Jahre 1876 (!) entfernten Stückes einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen zeigten." (! Herausgeber.)

„Der Tumor war, so weit man nach der laryngoskopischen Untersuchung schliessen konnte, drei Jahre lang eine unschuldige Neubildung, und es war zu Ende jener Zeit, dass Dr. Whistler die Freundlichkeit hatte, den Kranken zu untersuchen. Seine Ansicht derzeit ging dahin, dass er keine Veranlassung zu dem Glauben sah, die Neubildung für anders als gutartig zu halten."

„Kurz darauf aber änderte sich der klinische Aspekt des Falles und gewisse positive Tatsachen, wie die Aenderung in der Form des Schildknorpels, die Empfindlichkeit und die Schwellung indizierten, dass die Geschwulst einen bösartigen Charakter angenommen hatte. . . . ."

1) Die gesperrt gedruckten Worte dieses Abschnittes sind im Original nicht gesperrt. Herausgeber.

„Die Dauer der Krankheit (vier Jahre) deutet auf die unschuldige Natur der Neubildung in ihren früheren Stadien hin.“ (Dr. Whipham erwähnt indessen hier selbst, dass Fauvel selbst 7 Fälle von Kehlkopfcancroid berichtet habe, in denen die Tracheotomie vorgenommen wurde und in denen die Kranken durchschnittlich 4 Jahre vom Beginne ihres Leidens an lebten.)

„Nach der Tracheotomie im Mai 1880 deuteten die Schnelligkeit des Wachstums und die Verbreiterung des Kehlkopfs auf eine Veränderung im Charakter der Krankheit hin und die Diagnose auf Epitheliom wurde durch die wiederholten und reichlichen Hämorrhagien bestätigt, welche kurz vor der Kehlkopfexstirpation erfolgten.“

Soweit Dr. Whipham.

Mr. Pick, der den chirurgischen Teil des Falles beschreibt, drückt sich in seinen epikritischen Bemerkungen über die uns hier beschäftigende Frage folgendermassen aus:

..... „In dem Falle aber, welcher den Gegenstand dieser Bemerkungen bildet, hatten wir jedenfalls anfänglich eine anscheinend unschuldige Neubildung. Die Papillome werden, obwohl sie auf dem Wege kontinuierlicher Ulceration und wiederholter Blutungen zum tödlichen Ausgange führen mögen, unter die nichtbösartigen Geschwülste eingerechnet, und haben keine Tendenz zu recidivieren, wenn sie gründlich entfernt werden[1]. In seinen früheren Stadien war der vorliegende Fall unzweifelhaft ein Fall von Papillom, wie überreichlich durch die wiederholten mikroskopischen Untersuchungen der intralaryngeal entfernten Geschwulstteile bewiesen wurde, und man glaubte daher, dass, falls der Tumor gründlich und Stück für Stück (successively) ausgerottet werden könnte, wir dem Patienten die Hoffnung auf Befreiung von seinem Leiden in Aussicht stellen könnten. Vor der Operation drückte ich indessen einen Zweifel aus, ob nicht die Neubildung ihren Charakter geändert hätte, resp., um es gerade herauszusagen, ob das Papillom nicht den Charakter des Epithelioms angenommen hätte? — Ich wurde zu dieser Meinung durch den ungewöhnlichen Verlauf geführt, welchen die Neubildung genommen hatte, — vorausgesetzt nämlich, dass sie unschuldiger Natur geblieben wäre — indem sie den Schildknorpel durchbohrte und anscheinend teilweise zerstörte. Die grosse Schnelligkeit des Wachstums der Geschwulst in den letzten Lebensmonaten, die ziemlich schnelle Abmagerung, die kachektische Gesichtsfärbung, der ängstliche und sorgenvolle Gesichtsausdruck schienen ebenfalls auf eine Verändernng im Charakter der Geschwulst hinzudeuten. Und eine solche wurde tatsächlich gefunden. Die mikroskopische Untersuchung von Geschwulstteilen, die zur Zeit der Kehlkopfexstirpation entfernt wurden, liess es

---

1) Es liesse sich über manches in den Angaben dieses Satzes streiten, doch enthalten wir uns eines Eingehens auf denselben, da die betreffenden Behauptungen mit dem Gegenstande der Sammelforschung nicht in unmittelbarer Beziehung stehen.
Herausgeber.

unzweifelhaft, dass die Krankheit einen bösartigen Typus angenommen hatte. Es ist jedoch interessant zu konstatieren, dass, obwohl die Geschwulst jetzt epitheliomatösen Charakters war, sie doch noch grossenteils die makroskopischen Kennzeichen des Papilloms zurückbehalten hatte, indem sie jenes eigentümlich verästelte oder zottige Aussehen aufwies, welches so charakteristisch für dieses Leiden ist. Dies verleitete mich daher noch nach der Operation und vor der mikroskopischen Untersuchung, trotz der Geschichte der späteren Periode des Falles, beinahe zu der Hoffnung, dass wir noch finden würden, dass die Geschwulst ihrer Natur nach gutartig sei."

[Der vorstehende, sehr bemerkenswerte Fall ist in vollster Ausführlichkeit und grösstenteils in den eigenen Worten der Beobachter mitgeteilt worden, um unseren Lesern die Bildung eines eigenen Urteils zu ermöglichen. Denn der Herausgeber muss gestehen, dass er trotz der Bestimmtheit, mit welcher der Fall von den Herren Beobachtern als ein Beispiel von Umbildung in Anspruch genommen wird, ganz und gar nicht von der Unanfechtbarkeit dieser Anschauung überzeugt ist. Er will nicht bestreiten, dass eine Umbildung in diesem Falle tatsächlich vorgekommen sein kann — die Gründe für eine solche Auffassung sind von den Beobachtern selbst in der obigen Schilderung, teilweise wiederholt, hervorgehoben worden. Aber ihm selbst scheint es — ganz abgesehen von den kleineren, inneren Widersprüchen, an denen die verschiedenen Berichte über den Fall nicht eben arm sind — dass bei nüchterner Erwägung der Umstände die Anschauung, dass es sich von vornherein um eine Mischgeschwulst, oder möglicherweise um papilläre Excrescenzen von epitheliomatöser Basis gehandelt hat, mindestens ebensoviel für sich hat, als die Auffassung von einer stattgehabten Umbildung. Rekapituliert man den Fall kurz, so handelt es sich einfach um folgendes: Ein 39 jähriger Mann erkrankt an einer warzigen Kehlkopfneubildung, die von Anfang an das linke Taschen- und Stimmband betrifft. Fast vier Jahre hindurch werden von Zeit zu Zeit intralaryngeale Entfernungsversuche gemacht, die Recidive aber sind de facto kontinuierlich (vgl. die Krankengeschichte) und ebenso unleugbarer Weise handelt es sich von Anfang an nicht nur um einfache, lokale Recidive, wie sie bei rekurrierenden Papillomen ja häufig genug vorkommen, sondern in stetiger Reihenfolge gesellen sich zu den blossen Geschwulstrecidiven andere Symptome, die einfachen, gutartigen Neubildungen nicht zukommen. So finden wir denn noch mehr als einen Monat nach der ersten Serie von intralaryngealen Operationen „Rötung und Schwellung der vorderen drei Viertel" des affiziert gewesenen Stimmbandes; noch im ersten Jahre des Leidens Anfälle von Depression, wie man sie so häufig bei Krebskranken sieht; im Januar 1878 Verdickung des linken

Stimmbandes, im Februar desselben Jahres Schmerzen in Hals und Schultern beim Sprechen; im März einen „sessilen Tumor mit breiter Basis am Stimmbande angeheftet“; im Dezember Atmungsbehinderung. Stridor bei tiefer Inspiration, Cyanose der Lippen; im Beginne des Jahres 1879 hartnäckige „Laryngitis“. Am 18. März desselben Jahres konstatiert Dr. Whistler einen gewissen Grad von Schwerbeweglichkeit des linken Stimmbandes“ (von dieser für die Diagnose der Malignität, zumal wenn die suspekte Neubildung am vorderen Abschnitt des Stimmbandes sitzt, so wichtigen Bewegungsstörung des letzteren ist, beiläufig gesagt, bei Dr. Whipham erst ganz am Ende die Rede, als die Diagnose überhaupt nicht mehr legitimerweise zweifelhaft sein konnte). Am 23. Juni Anfall von Dyspnoë und Orthopnoë, Bericht von einer vorhanden gewesenen Schwellung links unten am Halse, von der ein harter kleiner, schmerzloser Tumor noch über der linken Schildknorpelplatte konstatiert werden kann. Im Februar 1880 wieder allgemeine Kongestion des Kehlkopfs; im März Veränderung des laryngoskopischen Bildes (Verlust des warzigen Charakters der Neubildung), gleichzeitig Vorwölbung der linken Schildknorpelplatte, allgemeine Tumefaktion des linken Taschen- und Stimmbandes. — Hiernach konnte ja, wie Dr. Whipham selbst in seinen epikritischen Bemerkungen hervorhebt, die Diagnose der Malignität wirklich nicht mehr zweifelhaft sein. Deuten aber nicht die eben namhaft gemachten, schon vor dieser Zeit beobachteten klinischen Symptome gebieterisch darauf hin, dass von Anfang an mehr vorlag, als eine einfache, papillomatöse Neubildung? Und dazu bedenke man, dass der ganze Prozess nicht mehr zu seiner Entwicklung brauchte, als vier Jahre, d. h. eine Zeit, die, wie Dr. Whipham selbst bemerkt, durchaus nicht die Dauer vieler, wohl konstatierter Fälle von primärem Kehlkopfcancroid übersteigt. Und ferner, dass allein innerhalb der ersten $3^1/_4$ Jahre, d. h. vom August 1876 bis Oktober 1879, nicht weniger als neun Recidive stattgefunden hatten (vgl. die Krankengeschichte) — oder, korrekter ausgedrückt: dass die Neubildung aller Wahrscheinlichkeit nach kontinuierlich weiter gewuchert hatte, und dass nur das eine Mal mehr, das andere Mal weniger von ihren projizierenden Spitzen abgekappt worden war!

Klinisch scheint nach alledem dem Herausgeber der Verdacht, dass es sich um eine Neubildung handelte, der von vorherein bösartige Elemente beigemischt waren, sehr wohl begründet.

Hiergegen dürften nun wohl — wie dies ja tatsächlich bereits von Mr. Pick getan worden ist — die Resultate der wiederholten mikroskopischen Untersuchungen der intralaryngeal entfernten Fragmente geltend gemacht werden, welche in den Anfangs-

stadien des Prozesses stets „Papillom“ ergeben hätten. Aber die Antwort auf diesen Einwand ist nicht schwer. Abgesehen davon, dass den Angaben Dr. Whipham's zufolge stets sehr kleine Fragmente entfernt worden zu sein scheinen, und dass ja solche von der Peripherie abgekappte Stücke histologisch ganz und gar nicht massgebend für die Geschwulstbasis zu sein brauchen (vgl. S. 118 u. ff.), erwähnt Dr. Whipham selbst (vgl. oben) — und hierauf müssen wir den grössten Wert legen — erstens, dass die vor der Tracheotomie intralaryngeal entfernten Fragmente „grösstenteils“ — also doch nicht ausschliesslich — mikroskopisch das Aussehen von Papillomen hatten, zweitens, dass es sich bei der nachträglichen mikroskopischen Untersuchung einiger im Jahre 1876 — also im ersten Anfange des Leidens (!) — entfernter Stücke herausgestellt habe, dass „Teile von einem Schnittpräparat eines dieser Stücke einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen zeigten“!

Es ist sehr bedauerlich, dass gerade über diesen, den unstreitig interessantesten und wichtigsten Punkt des ganzen Falles, die Angaben so kurz und ungenau sind! Was soll der letzte Satz in unzweideutiger Fassung besagen? Von mancher Seite werden die Papillome zu den epithelialen Neubildungen gerechnet. Aber aus dem Zusammenhange geht ganz klar hervor, dass das nicht gemeint sein kann: Teile eines Präparats eines der 1876 (also im Beginne der Krankheit!) gewonnenen Stücke wiesen einige Aehnlichkeit mit epithelialen Neubildungen auf („bore some resemblance to epithelial growth“) — so heisst es im Text. Mit anderen Worten: Theile der Neubildung zeigten vom ersten Anfang an einen von der nach Dr. Whipham's Ansicht gewöhnlichen Struktur des Papilloms abweichenden Bau, der an den Typus epithelialer Neubildungen erinnerte. Wir wollen und dürfen uns nicht in weitere Spekulationen einlassen, ob dieser Typus derjenige gutartiger oder bösartiger epithelialer Wucherung war. Dazu ist die Angabe Dr. Whipham's zu kurz. Hält man sich aber den klinischen Verlauf des Falles, die Erinnerung an so manche ähnliche Fälle der Sammelforschung, vor allem an den Krieg'schen (vgl. S. 122 u. ff.) vor Augen, erwägt man, dass die Diagnose Papillom einerseits nur auf das laryngoskopische Bild basiert war, während wir jetzt wissen, dass manche Fälle von Epithelialkrebs des Kehlkopfs bis zum Ende unter dem äusseren Bilde des Papilloms verlaufen (vgl. z. B. S. 107 u. ff., S. 127 u. ff. usw. usw.), dass andererseits trotz der wiederholten mikroskopischen „Papillom“-befunde die Beschreibung eines ganz frühzeitig entfernten Stückes es unentschieden lässt, ob nicht bereits zu jener Zeit bösartige Elemente der Geschwulst beigemischt waren — so wird man wohl nicht umhin können, der Meinung des Herausgebers beizutreten,

dass zum wenigsten starke Verdachtsgründe dafür vorhanden sind, dass es sich in diesem Fall um eine von Anfang an bestandene Mischgeschwulst gehandelt hat, und dass derselbe keinesfalls als ein „unzweifelhafter" Fall von Umwandlung einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst betrachtet werden darf.]

Obwohl die sämtlichen in diesem Abschnitt berichteten Fälle als „zweifelhaft" bezeichnet worden sind, so sind sie doch ebensowenig als die im vorhergehenden Abschnitt aufgezählten Beispiele von „sicherer resp. wahrscheinlicher" Umbildung, als untereinander gleichwertig zu betrachten. Denn in den Fällen Baumgarten's (No. 1), J. Solis Cohen's (Nr. 2), Labus' (Nr. 9), Prinz' (Nr. 10), v. Schrötter's (Nr. 13), Clinton-Wagner's (Nr. 14), Whipham-Whistler's (Nr. 15) liegt die Sache so, dass die Möglichkeit einer wirklich stattgehabten Umbildung immer noch als gleichberechtigt mit den anderen vorliegenden Möglichkeiten primärer Bösartigkeit oder primär vorhanden gewesener Mischgeschwülste zugelassen werden muss, während in den Fällen Solis Cohen's (No. 5), Fauvel's (Nr. 6), Gurowitsch' (Nr. 8) die erstere Möglichkeit eine äusserst geringe und in den Fällen Solis-Cohen's (No. 3 u. 4), Glasgow's (Nr. 7), Schech's (Nr. 11), Schnitzler-Mahl's (Nr. 12) eine verschwindend kleine ist. Ja, aller Wahrscheinlichkeit nach dürften die letztgenannten 8 Fälle ganz aus der Liste der Transformationsfälle zu streichen sein.

Anhang zu den Abschnitten X und XI.

Die beiden folgenden Fälle, von denen der Semon-Baron'sche als Nr. 17 in den Abschnitt X, der Morelli'sche als Nr. 16 in den Abschnitt XI gehören dürften, konnten nicht in den vorläufigen Bericht über die Sammelforschung (vgl. Centralblatt, Jahrg. V. Juli 1888, S. 45) und ebensowenig in die Tabelle aufgenommen werden. Denn in dem Semon-Baron'schen Falle, der in der Tabelle noch als einer der von Semon intralaryngeal operierten Fälle von Papillom aufgezählt ist, hat sich die fast unzweifelhaft stattgefundene Umbildung erst nach Fertigstellung der Tabelle vollzogen, und in dem Morelli'schen Falle liegen die Verhältnisse folgendermassen:

Der Herausgeber hatte die Fälle von Navratil und Morelli für identisch gehalten, und sie in der Tabelle beim Namen Navratil's (Nr. 66, S. 88 u. 89) direkt als identisch bezeichnet. Die Gründe für diese Annahme waren folgende: Prof. Navratil hatte bei Einsendung seines im X. Abschnitt unter Nr. 9 beschriebenen Falles in einem vom 7. Mai 1888 datierten Begleitbriefe ausdrücklich erklärt: „Indem ich Ihnen die Krankengeschichte übermittele, erlauben Sie mir zu bemerken, dass dies der einzige (!) Fall ist, den ich in meiner 26jährigen laryngochirurgischen Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte." Dr. Morelli hatte andererseits auf die Frage der Sammelforschung — „Hat der Be-

obachter je Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige nach intralaryngealen Operationen gesehen, bzw. wie oft?" — wörtlich folgendermassen geantwortet: „1mal. An der Abteilung des Prof. Navratil als Sekundarius." — Hiernach konnte der Herausgeber a priori gar nicht daran denken, dass es sich um 2 verschiedene Fälle handele. Ausserdem machte die lakonische Kürze des Kollegen Morelli in dessen eigenem Beitrag — seine Antwort auf sämtliche 15 Fragen der Kolumne 11 (Beschreibung der Fälle von Transformation nach Operationen) zählt in summa 35 Worte! —, wie die fast völlige Identität des Lebensalters beider Kranken (beides Männer), und der Umstand, dass ihm die Aeusserungen Morelli's in der Diskussion über den Schnitzler'schen Vortrag in der Wiesbadener Naturforscherversammlung nur in dem kurzen Bericht des Centralblatts (Jahrgang IV, S. 289) zugänglich waren — es dem Herausgeber schlechterdings unmöglich zu entdecken, dass es sich in Wahrheit um 2 verschiedene Fälle handle. Nach der Veröffentlichung der Tabelle in der Märznummer dieses Jahres geschah anfänglich seitens der beteiligten Kollegen nichts, um den Irrtum zu berichtigen, und erst am 6. Juni, d. h. nach Veröffentlichung des Navratil-schen Falles, in dessen Einleitung wiederum von dem Morelli'schen Falle als identisch mit dem Navratil'schen gesprochen war, gelangte ein vom 29. Mai datierter Brief Prof. Navratil's in den Besitz des Herausgebers, in welchem es heisst: „Ich glaube, Sie werden irrtümlicherweise meinen Fall, namens Miszak, mit dem Krankheitsfalle identifizieren, den Ihnen Dr. Morelli einsandte. Letzterer wurde ebenfalls (!) auf meiner Abteilung beobachtet und operiert, und ich bat Morelli, denselben zu publizieren. Doch ist derselbe nicht mit meinem zweiten (!) Falle zu verwechseln, den ich Ihnen selbst mitteilte, und dessen Ausserachtlassen das statistische Ergebnis nicht ohne Nachteil beeinflussen würde." — Ein Vergleich dieser Worte Prof. Navratil's mit denen seines Briefes vom 7. Mai 1888 zeigt klar, wo die Ursache des Missverständnisses liegt: in seinem letzten Briefe spricht der Kollege von seinem „zweiten" Falle, während er in seinem ersten Briefe ausdrücklich sagt, dass der von ihm eingesandte Fall der „einzige" sei, den er im Laufe seiner laryngo-chirurgischen Praxis zu beobachten Gelegenheit gehabt habe!

Ende desselben Monats erhielt dann der Herausgeber folgenden[1]), vom 25. Juni datierten Brief von Dr. Morelli:

Sehr geehrter Herr Kollege!

Ich bedaure sehr, dass wegen meiner lakonischen Kürze in der ausserordentlich interessanten und mühsamen Sammelforschung sich ein

1) Der Herausgeber hat sich gestattet, im Interesse der Deutlichkeit in diesem deutsch geschriebenen Briefe, dessen ausländischer Ursprung indessen leicht erkennbar ist, geringe stilistische Veränderungen anzubringen, der Sinn ist indessen treu gewahrt.

störender Irrtum eingeschlichen hat. Der Grund ist weder bei Herrn Professor (sc. Navratil), noch bei Ihnen, noch bei mir zu finden. (?)

Sie werden begreifen, dass ich es für meine Pflicht hielt, den Fall in der Sammelforschung zu erwähnen, nachdem ich ihn bereits in Wiesbaden, anknüpfend an den Vortrag des Herrn Prof. Schnitzler kurz beschrieben hatte, wobei ich auch bemerken musste, dass Herr Prof. Navratil, gewiss mit Recht, sich die näheren Daten vorbehielte. Leider war gerade zu der Zeit, als Herr Professor seine Daten zusammenstellte, mir nicht das Vergnügen gegönnt, diese Angelegenheit mit ihm zu besprechen. Da der Kranke knapp vor Abreise des Herrn Professors in die Abteilung kam, von mir tracheotomiert wurde, weiterhin unter meiner Kontrolle blieb, dann nach 16 Monaten nicht in der laryngo-rhinologischen, sondern in der zweiten, chirurgischen Abteilung des Herrn Professors mit Carcinom erschien, dort aber kurz als inoperabel abgewiesen wurde, — ist es leicht erklärlich, dass dieser Fall dem Herrn Professor aus dem Gedächtnisse entfiel. Zu weiterem Verständnis muss ich erklären, dass Herr Prof. Navratil Vorstand zweier Abteilungen ist, von denen die zweite, chirurgische Abteilung, wie auch die Ambulanz, interimistisch in der Abwesenheit des Herrn Professors von mir geleitet wurde.

Bei unserem nächsten Wiedersehen erinnerte sich der Herr Professor, als die Sammelforschung zur Sprache kam, des Falles, nicht aber seines Ausganges, dessen Daten aber in dem Ambulanzbuche der zweiten, chirurgischen Abteilung eingetragen sind und mir um so mehr im Gedächtniss blieben, als ich den Patienten bei seinem letzten Erscheinen auch laryngoskopierte.

Durch Güte des Herrn Professors ist mir jetzt die Gelegenheit geboten, den Fall, welcher nicht zweifelhaft erscheinen wird, nachdem die carcinomatöse Entartung erst nach vier Jahren konstatiert wurde (? Herausgeber), im Detail Ihnen zur Verfügung zu stellen mit dem Ersuchen, ihn im Interesse der Wahrheit der statistischen Daten gefälligst in die Sammelforschung rektifizierend aufnehmen zu wollen.

. . . .

Ihr ergebener

Dr. Carl Morelli.

Der Herausgeber nimmt mit grösstem Vergnügen von dieser Berichtigung Kenntniss, welche die Entstehungsgeschichte des Missverständnisses so natürlich aufklärt. Ihm kam es nur darauf an, den Nachweis zu liefern, dass er selbst sich nicht oberflächlicher oder ungenügender Erwägung des eingesandten Materials in einer Angelegenheit schuldig gemacht hat, in welcher ihm durch das Vertrauen seiner Fachgenossen die Ergebnisse ihrer eigenen langjährigen Erfahrungen zur Verfügung gestellt worden sind, und in welcher der Nachweis von Flüchtigkeit, selbst in einem vereinzelten Falle, mit Recht Zweifel an der

Gründlichkeit der Bearbeitung im Allgemeinen erwecken könnte. Dieser Standpunkt wird, so hofft er, die Ausführlichkeit der Mitteilung der Entstehungsgeschichte des fraglichen Irrtums erklären.

Es folgen nunmehr die beiden Fälle:

X. 17. Felix Semon (London) — Barclay J. Baron (Bristol). Mrs. E. T. aus Bristol, 30 Jahre alt, konsultierte den Herausgeber am 10. Mai 1884. Sie hatte vor etwa fünf Jahren nach Geburt ihres jüngsten Kindes allmählich und schmerzlos ihre Stimme verloren, und war zur Zeit der ersten Konsultation fast vollständig aphonisch. — Die Patientin stammte aus gesunder, langlebiger Familie und war früher selbst nie ernstlich krank gewesen. Bevor sie den Herausgeber konsultierte, war sie lange unter der Behandlung eines anderen Londoner Laryngologen gewesen und von diesem, ihrer Angabe nach, in Zwischenräumen mit intralaryngealen Operationen, über die sie nichts Näheres anzugeben wusste, Inhalationen, Insufflationen, intralaryngealer Faradisation etc. behandelt worden. Die Stimme war aber immer gleich aphonisch geblieben. Schliesslich war eine Konsultation mit einem Kliniker veranstaltet worden, bei der angeblich Phthise im rechten Apex konstatiert worden sein sollte.

Status praesens: Wohlgebaute, gut genährte, gesund aussehende, sehr erregbare Frau. Im zweiten Interkostalraum rechts leichte Dämpfung und gelegentlich nach Husten geringes krepitierendes, bisweilen auch klingendes Rasseln, sonst Lungen gesund. Alle konstitutionellen Symptome von Tuberkulose fehlen. „Beide Stimmbänder, besonders aber das linke, so stark verdickt, dass es fast aussieht, als handle es sich um eine allgemeine fibroide Entartung derselben. Dabei sind sie enorm kongestioniert, an der vorderen Kommissur miteinander verwachsen (wenn an der betreffenden Stelle sich nicht eine zwischen sie drängende Neubildung befindet?), teilweise von Epithel entblösst, und sehen gerade so aus, als ob an ihnen viel herumoperiert worden wäre, was denn auch auf Befragen zugestanden wird. [Es verdient hier bemerkt zu werden, dass die oben gegebene Vorgeschichte, so weit sie die frühere lokale Behandlung betrifft, von der Patientin und ihrem Gatten erst dann widerstrebend mitgeteilt wurde, als ihnen mit Bestimmtheit gesagt wurde, dass im Kehlkopf der Kranken lokale Eingriffe vorgenommen worden sein müssten.] Beim Phonationsversuch erfolgt nie vollständiger Glottisschluss. Für Phthise absolut nichts Charakteristisches. Rest des Kehlkopfs ganz gesund."

Vorstehendes sind die am 10. Mai 1884 gemachten Notizen über den an diesem Tage aufgenommenen Kehlkopfbefund. Dem Gatten der Patientin wurde ein genaues Bild der Sachlage gegeben und ihm gesagt, dass es nach dieser einen Untersuchung nicht möglich sei, eine positive Diagnose hinsichtlich der Natur des Kehlkopfleidens zu stellen. Es wurde eine Wiederholung der Untersuchung einen Monat später gewünscht (die Patientin musste aus häuslichen Gründen zunächst nach Bristol zu-

rückkehren), und für die Zwischenzeit vollständige Stimmruhe, Aufenthalt in geschütztem Seeklima, sedative Einatmungen etc. empfohlen.

Als die Patientin sich am 10. Juli wieder vorstellte, war die Sachlage völlig unverändert, und auch bei der nächsten Untersuchung, am 30. Oktober, war nur eine ganz geringe Abschwellung der Stimmbänder zu konstatieren. Die gelegentlichen Rasselgeräusche in der rechten Lungenspitze waren nicht mehr zu hören. Allgemeinbefinden vorzüglich. Am 21. Januar 1885 hatte die Abschwellung der Stimmbänder in den hinteren Abschnitten weitere Fortschritte gemacht; noch immer aber war es unmöglich, mittels der laryngoskopischen Untersuchung zu entscheiden, ob dieselben vorn verwachsen seien, oder ob sich zwischen ihnen eine Neubildung befände, und die sehr ängstliche Patientin widersetzte sich jeder Sondenberührung. Ende Juni desselben Jahres war es endlich möglich, mit Sicherheit zu diagnostizieren, dass sich in der vorderen Kommissur eine, anscheinend papillomatöse, Neubildung befand. Dieselbe drängte sich zwischen den vorderen Enden der Stimmbänder nach oben, und auch die vorderen Drittel der Stimmbänder, namentlich des linken, zeigten kleine papillomatöse Auswüchse. Prof. Lefferts aus New York, der zu jener Zeit zufällig in London anwesend war, und die Güte hatte, die Patientin bei einer Gelegenheit mit dem Herausgeber gemeinschaftlich zu untersuchen, diagnostizierte ebenfalls „Papillom des Kehlkopfs". Eine Zeichnung, die er bei jener Gelegenheit von dem Kehlkopfbild entwarf und welche vollständig der eben gegebenen Beschreibung des derzeitigen Befundes entspricht, befindet sich im Besitz des Herausgebers. Am 23. September desselben Jahres war die Neubildung etwas grösser, sonst der Befund ziemlich unverändert. Zu Ende des Jahres entschloss sich die Patientin zur intralaryngealen Entfernung der Neubildung, die inzwischen wiederum etwas gewachsen war. Die mittels der Zange unter Cocain vorgenommenen Operationen boten infolge der exzessiven Aengstlichkeit und Reizbarkeit der Patientin ganz ungewöhnliche Schwierigkeiten und mussten ausserdem einen vollen Monat wegen einer interkurrenten Pleuritis unterbrochen werden. Am 10. Februar 1886 aber war jede Spur der Neubildung enfernt, der Glottisschluss bei der Phonation vollkommen, die seit fast sieben Jahren verloren gewesene Stimme tönend, klar und von normalem Timbre. Die Stimmbänder waren noch etwas gerötet, wiesen aber im übrigen keine Spur von dem überstandenen Leiden auf; ihre Bewegungen waren nach beiden Richtungen hin ganz frei. Die Patientin reiste geheilt nach Bristol zurück. Der Herausgeber kann leider nicht die genaue Angabe der stattgehabten Sitzungen angeben, da seine Bestellbücher aus jener Zeit nicht aufbewahrt sind; seiner Erinnerung nach aber haben im Ganzen etwa 40 Sitzungen (inclusive adstringierender Applikationen zwischen den Zangenoperationen und nach der vollständigen Entfernung der Neubildung) stattgefunden. Makroskopisch bot die Geschwulst das typische Bild eines Papilloms, und die bei einer Gelegenheit vorgenommene mikroskopische Untersuchung

eines eben entfernten Fragments (Zerzupfungspräparat) lieferte dasselbe Resultat. Die mikroskopische Untersuchung wurde nicht wiederholt, da derzeit nicht der geringste Grund zu dem Glauben vorlag, dass es sich um etwas anderes als ein gewöhnliches Papillom handeln könne. — Die Patientin besuchte seitdem, so oft sie nach London kam, den Herausgeber. Bis Ende Mai 1888, also volle $2^1/_4$ Jahre nach dem Abschluss der Operationen, waren diese Visiten teilweise von Dankbarkeit über den Wiedergewinn der Stimme, teilweise von dem Wunsche der sehr nervösen Dame eingegeben, ganz sicher darüber zu sein, dass ihr Kehlkopf sich in normalem Zustande befände. Letzteres konnte jedesmal bestätigt werden, und diese Besuche hatten jedenfalls das Gute, dass mit voller Bestimmtheit angegeben werden kann, dass noch am 28. März 1888, also mehr als zwei Jahre nach der Operation, der Kehlkopf völlig normal war. (Der Fall ist daher auch selbstverständlich unter die in der Tabelle aufgezählten gutartigen Geschwülste, die der Herausgeber beobachtet hat, aufgenommen worden.) Als sich aber die Patientin kaum zwei Monate nach dieser Untersuchung, nämlich am 23. Mai 1888, von neuem vorstellte, hatte sich der Befund wesentlich verändert. Mitten auf der unteren, laryngealen Fläche der Epiglottis sass links, nahezu einen Centimeter von der Insertionsstelle der früheren Geschwulst entfernt, eine genau wie ein breitbasiges Papillom aussehende, weisse, etwa kirschkerngrosse Geschwulst. Die Schleimhaut zwischen derselben und der vorderen Kommissur war gerötet, sonst anscheinend unverändert. Die Stimmbänder und die vordere Kommissur waren zu jener Zeit frei von einer eigentlichen Neubildung, aber gerötet und geschwollen, ihre Bewegungen etwas träger als normal. Die Stimme war heiser und schwach, die im dritten Monat schwangere Patientin war noch aufgeregter und nervöser als gewöhnlich und klagte über ein Gefühl von Unbehagen im Kehlkopf. Aussen am Halse war nichts Abnormes zu konstatieren, keine Lymphdrüsenschwellung, Kehlkopf auf Druck nicht empfindlich. Keine Schlingbeschwerden. Allgemeinbefinden gut. In sechs Sitzungen wurde mit vieler Mühe die Neubildung in winzigen Fragmenten von der Epiglottis vollständig entfernt, und dann zu einer adstringierenden Lokalbehandlung der Stimmbänder, vereint mit sanfter äusserlicher Anwendung der Elektrizität über den Mm. crico-thyreoidei, geschritten. Die Nervosität der Patientin aber hatte sich trotz der Anwendung von Cocain und des innerlichen Gebrauchs von Bromkalium von Sitzung zu Sitzung dermassen gesteigert, dass der Herausgeber es schon nach drei weiteren Sitzungen mit Rücksicht auf die Gravidität nicht für ratsam hielt, mit der Lokalbehandlung weiter fortzufahren, und der Patientin riet, deren Fortsetzung bis nach Ablauf der Schwangerschaft zu vertagen. Die Patientin folgte diesem Rate und reiste nach neuntägigem Aufenthalt am 2. Juni nach Bristol zurück. Zu jener Zeit war der Kehlkopfbefund folgender: „An der unteren Fläche der Epiglottis, links, eine von Epithel entblösste,

nagelkopfgrosse Stelle, umgeben von geröteter Schleimhaut; beide Stimmbänder gerötet und geschwollen, etwas träge in ihren Bewegungen; nirgendswo im Kehlkopf etwas von Neubildung sichtbar."

Am 5. November 1888 erhielt der Herausgeber folgenden Brief von Dr. Barclay J. Baron (Bristol):

Sehr geehrter Herr Kollege!

„Ich habe heute in Konsultation mit dem Hausarzt Mrs. T. gesehen, die unter Ihrer Behandlung gewesen ist. Sie klagt über Atembeschwerden beim Versuch, sich niederzulegen, und hat geringe Schmerzen im Halse gehabt. Ausserdem ist sie aphonisch. Ich finde den Rachen, die Uvula etc. relaxiert und, anscheinend von der Basis der Epiglottis ausgehend, eine dünne Schicht einer Neubildung, die links so weit vorspringt, dass sie mich verhindert, eine Ansicht von dem linken Stimmband zu erhalten. Das rechte Stimmband ist infolge einer Lücke in der Neubildung sichtbar und erscheint rot und verdickt. Ich möchte gern von Ihnen hören, wie die Sachlage war, als Sie die Patientin zuletzt sahen, und an welcher Stelle des Kehlkopfs Sie operiert haben . . ." (Folgen Angaben über die eingeschlagene Therapie.)

Ihr ergebenster

Barclay J. Baron."

In Beantwortung dieses Briefes gab der Herausgeber dem Kollegen einen kurzen Abriss vorstehender Krankengeschichte und bat ihn seinerseits um fortlaufende Nachrichten über die Weiterentwicklung des Leidens. Dr. Baron hat die Güte gehabt, diesem Wunsche Folge zu leisten, und ihm gehört nunmehr das Wort:

„Der saumähnliche Auswuchs von der Basis der Epiglottis", schreibt er in einem bis zum 23. August 1889 reichenden, dem Herausgeber freundlichst zur Verfügung gestellten Berichte, „welcher bei meiner ersten Untersuchung das linke Stimmband verdeckte, fuhr fort, sich zu vergrössern, bis fast nichts mehr von den Teilen unterhalb der Epiglottis gesehen werden konnte. Seine Farbe war rötlich-weiss, er war glatt und seinem Aussehen nach knorpelähnlich. Im Verhältnis, wie er über dem Kehlkopfeingang an Grösse zunahm, wurde die Atmung mehr und mehr erschwert und geräuschvoll, und die Kranke wurde gezwungen, in sitzender Stellung zu schlafen. Sie hatte keine Schmerzen, klagte aber über ein Hindernis beim Schlingen, welches offenbar durch den Druck der Epiglottis auf die Neubildung bedingt war; indessen gelangten die Speisen nicht in den Kehlkopf."

„Im Dezember gebar die Kranke ein lebendes Kind, welches aber nach zwei Wochen starb. Am 7. Januar 1889 sah ich sie wieder, da sie über beträchtliche Schmerzen beim Schlingen und Sprechen klagte. Dieser Schmerz war auf die linke Kehlkopfhälfte lokalisiert und nicht lanzinierenden Charakters. Die Schildknorpelgegend war auf Druck

beiderseits empfindlich. Die Kranke war ganz aphonisch, die Atmung geräuschvoller, als ich sie früher gehört hatte. Laryngoskopisch konnte ich ermitteln, dass der hintere freie Rand der epiglottischen Neubildung nicht mehr eben, wie früher, war, sondern unregelmässig, wie erodiert, und dass sich die Geschwulst in ihrem Durchmesser von vorn nach hinten verkleinert hatte. Ich konnte einen Teil der seitlichen und hinteren Wandungen des Kehlkopfs sehen; beiderseits, besonders aber rechts, war beträchtliche Schwellung und Rötung der Taschenbänder vorhanden, welche weit bis zur Mittellinie der Glottis vorragten. Offenbar hatte ein perichondritischer Prozess begonnen."

„In den nächsten Tagen nahm die Schwellung beträchtlich zu, die Dyspnoe und der Stridor vergrösserten sich, das Schlingen wurde schmerzhaft, und die Vornahme der Tracheotomie musste in Erwägung gezogen werden. Unter geeigneter Behandlung erfolgte indessen, obwohl äusserst langsam, ein Rückgang ohne Knorpelnekrose."

„Die Neubildung an der Epiglottis stiess sich allmählich beim Husten etc. ab, gewöhnlich aber in solch äusserst winzigen Fragmenten, dass trotz meiner wiederholten Bitte, dieselben sorgfältig aufzubewahren, eine Zeit lang die Erfüllung dieses Wunsches unmöglich war. Schliesslich aber wurde ein verhältnismässig grosses Fragment expektoriert, welches von mir im Juli Dr. Semon zugestellt, und von diesem Mr. Shattock zur mikroskopischen Untersuchung übermittelt wurde. [Ueber das Resultat derselben vgl. weiterhin. Herausgeber.] Noch ehe mir dieses Stück zugestellt wurde, war es mir möglich zu sagen, dass es abgestossen sein müsse, und ebenso, seine Form und Grösse anzugeben, weil ich bei meinem Besuche am Tage vorher einen Geschwulstteil bemerkt hatte, dessen weisse Farbe scharf mit der rötlichen Farbe der Hauptmasse des Tumors kontrastierte, und weil ich mehrfach gefunden hatte, dass eine solche Farbenveränderung der Abstossung von Fragmenten irgendwie nennenswerter Grösse vorherzugehen pflegte. Auch in der Folge fand ich dies mehrfach bestätigt."

„Diese Spontanabstossung der Geschwulst, welche den Einblick in den Kehlkopf verhindert hatte, ermöglichte mir die Wahrnehmung, dass das linke Stimmband in seinen vorderen zwei Dritteln der Sitz einer unregelmässigen, roten, fleischigen Neubildung war, welche sich bis zur Seite der Epiglottis, bis zum Taschenbande und bis in die Regio subglottica erstreckte, und in der Nähe der Epiglottis am stärksten ausgebildet war. Das Stimmband war nicht vollständig unbeweglich, aber träge in seinen Bewegungen. Das rechte Stimmband war gerötet, aber, wie es mir schien, nur infolge der Reibung gegen das verdickte linke Stimmband. Starker Husten mit fötidem Auswurf war vorhanden, letzterer aber war nur selten blutig, und selbst dann waren nur einige wenige Blutstreifchen vorhanden."

„Gegen Ende Februar befand sich die Kranke besser; beide Stimmbänder waren sichtbar, das linke bewegte sich freier, das rechte war

noch immer kongestioniert, sonst aber normal. Die Geschwulst an der Epiglottis war auf eine Reihe unregelmässiger Knötchen, welche die Basis derselben einnahmen, reduziert; die hintere Larynxwand frei von Erkrankung; Husten und Atmung viel besser; die Patientin konnte mit rauher Flüsterstimme sprechen und hatte beim Schlingen und Sprechen so gut wie keine Schmerzen."

„Diese anscheinende Verbesserung hielt aber nur sehr kurze Zeit an. Ich sah, wie eine kleine, rot gefärbte, kegelförmige Neubildung am rechten Stimmbande erschien und zu wachsen fortfuhr. An der linken Seite waren gleichzeitig zwei Prozesse in Tätigkeit. Einmal zeigte sich erneuerte Aktivität in der Geschwulst am vorderen Ende des Stimmbandes und Taschenbandes, indem von derselben rote Sprossen mit ebenso grosser Geschwindigkeit aufschossen wie mortifizierten, resp. sich aus glatten, roten Auswüchsen zu unregelmässigen, grauen, absterbenden Hautwarzen nicht unähnlichen Knötchen umbildeten. Dieselben lösten sich leicht ab, und die Patientin entfernte sie konstant in winzigen Fragmenten mit dem Sputum, welches ebenso, wie der Atem, jetzt äusserst fötid war."

„Diese pathologischen Veränderungen waren äusserst frappant, und obwohl ich Mrs. T. derzeit täglich sah, so war ich oft erstaunt, zu sehen, welch' bedeutende Veränderungen sich in kürzester Zeit vollzogen hatten: Geschwulstmassen, die ich heute gesehen, waren morgen nicht mehr vorhanden, und andere Massen, die vorher unsichtbar waren, hatten sich in der Zwischenzeit entwickelt. Ich halte dies für eine recht wichtige Beobachtung. Allmählich erfolgte eine Invasion beider Kehlkopfhälften, die Stimmbänder wurden von Geschwulstmassen ganz verdeckt, und ich hatte von neuem die Frage der Vornahme der Tracheotomie zu erwägen. Bei der ganz aussergewöhnlichen Nervosität und Aengstlichkeit der Patientin war die Diskussion der Operationsfrage ein äusserst delikater Gegenstand."

„Am 21. März hatte ich eine Konsultation mit Dr. Semon, und wir rieten der Patientin dringend zur Vornahme der Tracheotomie, welche vier Tage später erfolgreich vollzogen wurde."

[Ergänzend möchte der Herausgeber hier folgendes bemerken: Als er die Patientin am 21. März, also $9\frac{1}{2}$ Monate nachdem er ihren Kehlkopf zuletzt untersucht (vgl. oben), wiedersah, hatte sich das Kehlkopfbild bis zur vollständigen Unkenntlichkeit verändert. Der basale Teil der unteren Epiglottisfläche war mit den vom Kollegen Baron geschilderten Knötchen besetzt. Die Veränderungen an der Epiglottis aber traten gegenüber denjenigen, die sich in der Zwischenzeit im Innern des Kehlkopfes vollzogen hatten, völlig zurück: das ganze eigentliche Kehlkopfinnere glich einer teilweise von noch papillomähnlichen weisslichen, theilweise von roten und grauen Höckern und Knötchen gebildeten Hügellandschaft, in welcher alle präformierten Organteile untergegangen waren, und

welche sich, so weit man sehen konnte, vorn tief in die Regio subglottica erstreckte. Nach aussen reichte die Neubildung eben bis zu den freien Rändern der arytaeno-epiglottischen Ligamente, die hintere Fläche der Arytaenoidknorpel aber und die Regio interarytaenoidea war noch immer frei. Die Glottis war in eine unregelmässige, äusserst enge Spalte verwandelt, die nur ganz hinten noch ein klein wenig weiter war; die Atmung war erschwert und nach jeder noch so kleinen Anstrengung deutlich stridulös, die Stimme völlig aphonisch. Der Kehlkopf war stark verbreitert und auf Druck empfindlich, die Haut über ihm stark gespannt und grossenteils den unterliegenden Weichteilen adhärent; Lymphdrüsenschwellungen am Halse konnten nicht konstatiert werden. Das Allgemeinbefinden hatte seit dem Vorjahre entschieden gelitten, obwohl es noch immer leidlich zu nennen war.

Man konnte seine Augen der Tatsache nicht verschliessen, dass hier aller Wahrscheinlichkeit nach leider eine bösartige Umbildung erfolgt war[1]). Zwar warnte die ja in so vielen Beziehungen ungewöhnliche Vorgeschichte, die auffallenden Besserungen, die von Zeit zu Zeit aufgetreten waren, das verhältnismässig jugendliche Alter der Patientin, die mehrfachen, dem Herausgeber in frischer Erinnerung stehenden diagnostischen Irrtümer, welche die Sammelforschung eben erst aufgedeckt hatte, vor übereilten Schlüssen, doch liess der Verlauf des Leidens im letzten Jahre, der gegenwärtige Befund, die Integrität der anderen Organe der Kranken in der Tat keinen anderen Schluss zu, als dass nunmehr eine maligne Kehlkopfneubildung vorläge. Für Syphilis war nicht der geringste Anhaltspunkt vorhanden, der zu einer frühen Periode des Leidens von anderer Seite gehegte Verdacht auf Tuberkulose hatte sich in keiner Weise bestätigt, Lupus und Lepra waren ebenso gut auszuschliessen — so blieb eben nur die Möglichkeit des Carcinoms oder Sarkoms, zu deren absoluter Konstatierung höchstens noch die histologische Untersuchung fehlte.

Therapeutisch konnte zu jener Zeit behufs radikaler Hebung des Leidens natürlich nur noch die Totalexstirpation des Kehlkopfs in Frage kommen. Aber abgesehen davon, dass diese Operation vom wissenschaftlichen Standpunkte keinesfalls mehr warm empfohlen werden konnte, da es nach dem mitgeteilten Befunde nur zu wahrscheinlich war, dass das Leiden nicht mehr auf das Kehlkopfinnere beschränkt war, liess sich bei dem Charakter der bedauernswerten Patientin voraussehen, dass dieselbe sich unter keinen Umständen zu dieser Operation verstehen, der blosse Vorschlag derselben dagegen noch den Rest ihres Lebens verbittern würde. So begnügten sich denn der Herausgeber und Dr. Baron damit,

1) Vgl. die bezügliche Anmerkung in der Juninummer des Centralblatts, 1889, S. 597.

dem Gatten der Kranken ein klares Bild der Sachlage zu geben und die Frage der Radikaloperation mit ihm zu erörtern, der Patientin selbst hingegen nur die baldigste Vornahme der Tracheotomie zu empfehlen. Ausserdem sollte, um nichts zu versäumen, eine Zeit lang eine antisyphilitische Behandlung durchgeführt werden, so wenig Verdacht auf Syphilis auch vorlag.]

Dr. Baron fährt nun fort:

„Die Kranke wurde in ihrem Allgemeinbefinden durch die Vornahme der Tracheotomie infolge der besseren Oxygenation des Blutes bedeutend gebessert, eine lokale Verbesserung aber folgte meiner Ansicht nach nicht. Die gleichzeitig eingeschlagene antisyphilitische Behandlung erwies sich als vollständig wirkungslos und wurde nach längerer Probezeit aufgegeben."

„Die Neubildung nahm stetig zu und ergriff die benachbarten Teile, so dass de facto schliesslich nichts mehr laryngoskopisch zu sehen war als eine Masse roter Knötchen, welche jetzt jedoch keine Neigung zum Zerfall zeigten. Auch die hintere Wand des Kehlkopfs wurde nunmehr befallen, jedoch nicht annähernd in der Ausdehnung wie die vorderen Abschnitte des Organs. Es traten ziemlich starke und ins linke Ohr schiessende Schmerzen hauptsächlich in der linken Seite des Halses auf, auch erfolgte Wochen lang fast täglich Absonderung blutigen Schleims durch die Kanüle. Die Patientin magerte ab, obwohl keine Zeichen von sekundärer Affektion vorhanden waren. Im Monat Mai hatte sie einen schweren Anfall von Perichondritis, welche die Epiglottis betraf und den Einblick in den Kehlkopf dermassen verhinderte, dass ich ausserstande bin zu sagen, ob auch die tiefer gelegenen Teile des Kehlkopfs affiziert waren. Jedenfalls war die rechte Kehlkopfhälfte aussen stark geschwollen und auch die Drüsen unter dem rechten Sternocleidomastoideus schwollen an und wurden auf Druck empfindlich. Das Schlucken wurde sehr erschwert und Wochen hindurch gelangte häufig die Nahrung durch die Kanüle nach aussen, zweifelsohne infolge davon, dass die geschwollene und aufrecht stehende Epiglottis nicht als Ventil fungieren konnte. Dieselbe nahm sehr langsam allmählich ein normaleres Aussehen an, blieb aber immer noch so entzündet in ihrem basalen Teile und so fixiert, dass ich seitdem nicht wieder einen guten Einblick in den Kehlkopf habe gewinnen können. Die äussere Drüsenschwellung ging ziemlich beträchtlich zurück, der Kehlkopf selbst aber blieb bis Ende des Monats in allen seinen Durchmessern verbreitert zurück und war auch nicht mehr so frei beweglich, wie er es früher gewesen war. Anfang Juni bildete sich ein kleiner Abscess vor dem Schildknorpel, der geöffnet werden musste; derselbe sezerniert noch immer, bisher aber ist noch kein grösseres Stück nekrotischen Knorpels entleert worden, obwohl das Sekret zeitweise blutig gefärbt und sehr fötid ist. Der Kehlkopf ist von der Neubildung vollständig angefüllt, und ist in seinem seitlichen und sagittalen Durchmesser so vergrössert, dass er in der Breite etwa 4 Zoll

misst und unter dem Kinn hervorragt. Zu seinen beiden Seiten, besonders links, sind harte Knoten zu fühlen, auch sind die Drüsen beiderseits affiziert. Schmerz macht sich nicht sehr bemerklich, feste Nahrung gelangt leicht in den Kehlkopf, die Patientin kann indessen flüssige und halbflüssige Speisen leicht zu sich nehmen. Sie magert konstant ab, sah aber noch leidlich wohl aus bis zum 13. August, an welchem Tage sie unglücklicherweise beim Reinigen ihrer Kanüle ein Stück der zu diesem Zwecke benutzten Drahtbürste im Innern der Kanüle abbrach. Sie befand sich auf dem Lande, als dieser Unfall erfolgte; die Kanüle musste entfernt werden, und der Arzt, welcher sie wieder einzuführen versuchte, tat dies ohne den gehörigen Piloten und verursachte sehr beträchtliche Blutung infolge falscher Passagen. Viel Blut gelangte dabei in die Luftwege. Seitdem fühlt sich die Kranke sehr schwach, leidet an Husten mit blutigem Auswurf, ihre Temperatur hat von 38,0—39,5° C variiert, sie hat mehrere Schüttelfröste gehabt und ihre Kräfte sinken augenscheinlich rapid. Ihr Hausarzt versichert mich, dass die Lungen nicht affiziert sind, und es dürfte daher am wahrscheinlichsten sein, dass Pyämie vorliegt."

„Seit dem 6. August habe ich das Auftreten und Wachsen eines Knötchens an der linken Seite der oberen Fläche der Epiglottis beobachtet; dasselbe ist rot, sieht entzündet aus und ist jetzt etwa bohnengross. Seine Oberfläche ist unregelmässig. Seit seinem Auftreten hat die Kranke über ein Gefühl von „Völle" im Halse geklagt. Der 6. August ist der erste Tag, an welchem die obere Fläche der Epiglottis befallen wurde, obwohl ihre untere Fläche so viele Monate vorher erkrankt war. Dies scheint mir erwähnenswert."

„Die Gegend der Abscessöffnung ist von einer wuchernden Masse umgeben und eine in die Wunde eingeführte Sonde kann zu beiden Seiten des Kehlkopfs bis zu einer Tiefe von 4 Zoll eingeführt werden."

„Bisher hat sich die Geschwulst hauptsächlich in der Richtung nach vorn entwickelt und ich hoffe, dass der Fall ohne Ergriffenwerden des Oesophagus abschliessen wird, so dass der bedauernswerten Patientin die Qualen des Hungers erspart bleiben, welche die Affektion der Speiseröhre nach sich ziehen würde."

Dieser Bericht wurde von Dr. Baron am 13. September folgendermassen vervollständigt:

„Seit meinem letzten Bericht ging es mit Mrs. T. ziemlich gleichmässig abwärts, konstant hektische Temperaturen, 38,0—38,5° morgens, 40° abends, Husten und Expektoration grosser Quantitäten intensiv stinkenden, braunen Eiters. Dämpfung mit ungenügendem Atemgeräusch und Schmerz bei der Inspiration an der Basis der rechten Lunge. Ich diagnostizierte einen pleuritischen Erguss mit anscheinendem Verschluss eines Bronchus und Kollaps der Lunge. Am 3. September fand ich rechts Bronchialatmen bis zum Schulterblattwinkel, am meisten markiert oberhalb des Niveaus des pleuritischen Ergusses, und begleitet von zahl-

reichen groben Rasselgeräuschen. Dies deutete auf rapide, nach dem Charakter der Expektoration zu schliessen, sicherlich gangränöse Zerstörung des Lungengewebes hin, die ebensowohl durch sekundäre Infiltration der Lunge, wie durch das Stück der Drahtbürste bewirkt sein konnte, das zweifellos in den Luftwegen zurückgeblieben war. Eine laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen, war in letzter Zeit wegen der Schwäche der Patientin unmöglich. Sie starb bei vollständig erhaltenem Bewusstsein plötzlich am 7. September 1889 an Synkope und Erschöpfung. Der Kehlkopf nebst Umgebung wurde von mir 2 Stunden nach dem Tode entfernt und am 13. September Mr. Shattock zugesandt."

Soweit Dr. Baron's Bericht.

Das von ihm im Juli dem Herausgeber überbrachte, im Februar dieses Jahres expektorierte Stück der Neubildung wurde von letzterem sofort seinem Kollegen Mr. S. G. Shattock, dem Pathologen des Londoner St. Thomas-Hospitals ausgehändigt, welcher die Güte gehabt hat, folgenden Bericht über die mikroskopische Untersuchung desselben einzusenden:

„Die durch die Mitte des expektorierten Stückes geführten Schnitte sind etwa dreieckiger Gestalt und in maximo etwa 3 mm lang, zeigen aber die Struktur der Geschwulst vollkommen. Das Gewebe wurde nach Härtung in Alkohol mit dem Gefriermikrotom in Schnitte zerlegt und mit der Ehrlich'schen Hämatoxylinlösung in der gewöhnlichen Weise gefärbt."

„Die Oberfläche der Geschwulst ist grösstenteils wohlerhalten und zeigt kaum irgend welche Tendenz zur Läppchenbildung. Das Epithel füllt, während es papillenförmige Fortsätze von Bindegewebe bekleidet, vollständig die Interstitien zwischen denselben aus, wie es beim Corium und der Epidermis der Fall ist."

„Die oberflächlichen Zellen sind platt und pflasterförmig, die tieferen verlängert und zu dem darunterliegenden Bindegewebe senkrecht gestellt, während die zwischenliegenden Elemente, welche die Hauptmasse bilden, polyhedral sind."

„Von den interpapillären Epithelzapfen gehen sich verästelnde Proliferationen aus, welche das ganze Bindegewebsstroma durchsetzen und ausserdem mit Leukocyten infiltriert sind."

„Die nach innen proliferierenden Zapfen laufen stellenweise in einzelne Reihen epithelialer Zellen aus. Im Epithelium finden sich deutliche Zellnester; dieselben sind jedoch klein und an Zahl gering."

„Die Neubildung muss als ein Pflasterzellenkrebs (squamous-celled carcinoma) klassifiziert werden."

Somit war bereits vor dem Tode der Kranken auch der histologische Beweis der Bösartigkeit der jetzt vorliegenden Geschwulst erbracht.

Aus dem Berichte, den Mr. Shattock freundlichst über den postmortalen Zustand des Kehlkopfs geliefert hat, ist folgendes hervorzuheben:

Im Kehlkopf fand sich eine in vertikaler Richtung ca. 5 cm lange, ulcerierende Neubildung, die vom unteren Rande des Ringknorpels bis

etwa 1,5 cm unterhalb der Spitze der Epiglottis reichte. Die Stimmbänder und Taschenbänder waren so involviert, dass sie nicht mehr unterscheidbar waren. Weder die freien Ränder der arytaeno-epiglottischen Falten, noch die Interarytaenoidfalte waren affiziert. Unterhalb der Stimmbänder war die Neubildung auf die vordere Kehlkopfwand beschränkt, oberhalb der Stimmbänder füllte sie das Kehlkopfinnere völlig aus; auch erstreckte sie sich um die Basis der Epiglottis herum bis zur Zungenwurzel. Nur oberhalb der Taschenbänder war sie an einzelnen Stellen mit glatter Schleimhaut bedeckt, sonst überall in geschwürigem Zerfall begriffen. Nirgendswo war in diesen Teilen der Geschwulst eine intakte papilläre Oberfläche zu sehen.

Der Schildknorpel fehlte grösstenteils, und die Geschwulst bildete, nachdem sie die vordere Kehlkopfwand perforiert hatte, aussen eine weitausgedehnte Schwellung unterhalb der vorderen Halsmuskeln.

In der Geschwulst selbst fand sich, entsprechend dem fehlenden Teile des Schildknorpels, eine ausgedehnte Höhle, ausgekleidet mit einer stark papillären Oberfläche, die grösstenteils nicht ulceriert war.

Die mikroskopische Untersuchung eines oberhalb der Gegend des rechten Taschenbandes entnommenen grösseren Fragmentes der Geschwulst ergab, ebenso wie die Untersuchung des während des Lebens expektorierten Stückes (s. oben) ergeben hatte, nur die Charaktere des Pflasterzellenkrebses.

Ein Schnitt, der die äussere Wand der oben beschriebenen Höhle in der Geschwulst einschloss, zeigte unter dem Mikroskop eine ziemlich grobkörnige, papilläre Oberfläche mit unverletzter vielschichtiger Epithelbedeckung. Die Substanz des darüberliegenden Muskels war nicht infiltrirt, dagegen war das unterhalb des Muskels befindliche, entzündlich indurierte Bindegewebe der Sitz sich verästelnder, nach innen wuchernder Epithelzapfen. In dem die Papillen bekleidenden Epithel fanden sich Zellnester, und in seinen tiefen Ausbreitungen war das Bindegewebe der papillären Fortsätze stark kleinzellig infiltriert.

Mr. Shattock fügt hinzu, dass seiner Ansicht nach die grosse Höhle innerhalb der Geschwulst durch das nekrotische Zugrundegehen des Schildknorpels bedingt sei, dessen Fragmente wahrscheinlich intra vitam expektoriert oder anderweitig eliminiert worden seien. Das Resultat der Perichondritis und Nekrose sei die Bildung einer Abscesshöhle gewesen, und von den Wandungen derselben seien nach vorgängiger krebsiger Infiltration papilläre Exkrescenzen aufgeschossen. Er glaubt also nicht, dass diese papilläre Bildung, d. h. soweit dieser Abschnitt der Geschwulst betroffen ist, eine primär gutartige gewesen sei und erst später einen bösartigen Charakter angenommen habe, sondern vielmehr, dass sie eine sekundäre Folge der carcinomatösen Infiltration der Wandungen der Abscesshöhle darstelle. — Im übrigen ist er geneigt, aus dem Resultat der letzten laryngoskopischen Untersuchung des Herausgebers (vgl. S. 244) den Schluss zu ziehen, dass das Carcinom vor

seiner Ulceration ebenfalls in papillärem Typus aufgebaut gewesen sei, und dass sich dieser Typus später in der die Abscesshöhlung ausfüllenden Neubildung wiederholt habe.

[Die Ausführlichkeit der vorstehenden Beschreibung dürfte wohl durch den in so vieler Beziehung ungewöhnlichen Verlauf des Falles gerechtfertigt sein.

Dass hier einer ursprünglich wirklich gutartigen Geschwulst eine bösartige gefolgt ist[1]), dürfte kaum einem Zweifel unterworfen sein. Nicht nur der excessiv lange Verlauf des Falles — $10^1/_4$ Jahre seit dem Beginn des Stimmverlustes, mindestens 6 Jahre seit der Vornahme intralaryngealer Operationen — sondern auch das über zweijährige Intervall zwischen der Entfernung der gutartigen Neubildung und dem Auftreten der bösartigen, und vor allem: die periodischen Untersuchungen in der Zwischenzeit, bei denen vollständig normale Verhältnisse nach jeder Richtung hin im Kehlkopf konstatiert wurden, — sprechen gewichtig dafür, dass es sich in diesem Falle nicht um eine blosse Abtragung gutartig scheinender, oberflächlicher Auswüchse handelte, während der eigentliche bösartige Prozess in der Tiefe unaufhaltsam weiterschritt, sondern dass in der Tat hier in Folge spezieller Verhältnisse nach Ablauf einer verhältnismässig langen Zeit im Mutterboden der früheren gutartigen sich nunmehr eine bösartige Geschwulst entwickelte. Welches diese Verhältnisse sind, wissen wir natürlich im gegenwärtigen Augenblicke nicht zu sagen; der Herausgeber möchte aber hier jedenfalls die Frage aufwerfen, ob vielleicht der Schwangerschaft ein ganz bestimmter Einfluss auf die Entwicklung gutartiger wie bösartiger Kehlkopfgeschwülste, bzw. auf die Bildung von Recidiven bei ersteren, zukommen möchte? — Es ist dies eine Frage, die seines Wissens niemals diskutiert worden ist; abgesehen aber von diesem Falle, in welchem es doch jedenfalls recht bemerkenswert ist, dass sowohl die Entstehung der primären gutartigen wie der späteren bösartigen Geschwulst mit Schwangerschaften der Patientin zusammenfiel, hat der Herausgeber ähnliche Beobachtungen hinsichtlich gutartiger Geschwülste schon öfters gemacht. Speziell frappant ist der Zusammenhang im Falle einer jetzt etwa 30jährigen, kinderreichen Dame, die seit etwa 8 Jahren recidivierender Kehlkopfpapillome halber unter seiner Beobachtung ist, und bei der jede neue Schwangerschaft mit Sicherheit ein Recidiv der Kehlkopfneubildung mit sich bringt. — Die Frage verdient jedenfalls, weiter verfolgt zu werden.

Das einzige, soweit der Herausgeber sehen kann, zweifelhafte Element in dem vorliegenden Falle ist das, ob die bösartige Neubildung genau von der Ursprungsstelle der primären, gut-

1) Vgl. hierzu die später folgende Anmerkung im Eingange des Schlussabschnitts der Sammelforschung.

artigen Geschwulst oder in einiger, wenn auch geringer Entfernung von derselben ausging? — Es darf nicht vergessen werden, dass, als der Herausgeber die Patientin im Mai 1888 untersuchte, sich eine Geschwulst, nahezu einen Centimeter von der früheren Ursprungsstelle entfernt, auf der unteren Fläche der Epiglottis vorfand, während die Stimmbänder, die früher der Sitz der Papillome gewesen waren, zu jener Zeit von einer eigentlichen Neubildung völlig frei waren. Hiernach würden die Bedenken, die im Fauvelschen Falle (vgl. S. 212) dagegen erhoben wurden, dass man in einem solchen Falle von einer „Umbildung“ sprechen könne, auch im vorliegenden Falle Anwendung finden. Erwägt man aber andererseits 1) dass schon zu jener Zeit „die Stimmbänder gerötet und geschwollen, ihre Bewegungen etwas träger als normal waren“ (vgl. S. 241, 243), und 2) dass Kollege Baron, sowie ihm die lokalen Verhältnisse erlaubten, das Innere des Kehlkopfes selbst zu sehen, bereits eine „unregelmässige rote fleischige Neubildung“ konstatieren konnte, welche die vorderen zwei Drittel des linken Stimmbandes einnahm und sich „bis zur Seite der Epiglottis, bis zum Taschenbande und bis in die Regio subglottica erstreckte und in der Nähe der Epiglottis (!) am stärksten ausgebildet war (vgl. S. 243) — so dürfte man wohl der Auffassung des Herausgebers beipflichten, dass aller Wahrscheinlichkeit nach bereits, als ihn die Kranke im Mai 1888 konsultierte, eine von der früheren Geschwulstbasis ausgehende, ausgedehnte, wenn auch oberflächliche Infiltration vorlag, in deren Peripherie, d. h. auf der unteren Fläche der Epiglottis, papillomatöse Exkrescenzen ähnlich aufgeschossen waren, wie sie es in der letzten Lebenszeit der Patientin von der im Innern der Geschwulst befindlichen Abscesshöhlung taten. (Vgl. die Schlussabsätze von Mr. Shattock's Bericht.)

Der Fall muss daher wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit als ein echtes Beispiel von Umbildung betrachtet werden.]

XI. 16. Carl Morelli (Budapest)[1]). P. J., 47 Jahre alt, Schmied, wurde in die laryngo-rhinologische Abteilung am 16. August 1882 aufgenommen. Diagnose: „Papilloma multiplex, Stenosis“. „Patient gibt an, vor 2 Jahren etwas heiser geworden zu sein, welche Heiserkeit fortwährend zunahm, so dass sich nach einigen Monaten auch geringe Atemnot einstellte, doch ohne Schmerz beim Essen, wie auch beim Sprechen. Die sich verschlimmernde Atemnot und Heiserkeit führten Patienten ein Jahr darauf nach Wien, wo er, nach seiner Aussage, 150mal mit bestem Erfolge operiert wurde. Er war von seinen Leiden vollständig befreit, Stimme klar, Atem frei. Doch die Freude war nicht

1) Der folgende Bericht ist, so weit als möglich, mit den eigenen Worten des Beobachters wiedergegeben, doch war der Herausgeber auch hier im Interesse der Deutlichkeit gezwungen (vgl. Anmerkung S. 237), einzelne stilistische Veränderungen des fremdländisch klingenden Satzgefüges vorzunehmen.

von langer Dauer, zu Hause zeigte sich bald neuerdings Heiserkeit, Husten, später auch Atemnot, welche fortwährend zunahm, bis zu seiner Aufnahme in die Abteilung des Herrn Prof. Navratil im St. Rochus-Spitale."

„Status praesens: Der mittelgrosse, gut entwickelte Mann, der in letzter Zeit abgenommen haben soll, hat beiderseitigen diffusen Bronchialkatarrh mit Temperatur des Abends 38°, bedeutendem zähen Auswurf, schlaflose Nächte. — Der Kehlkopfdeckel mit 3 verschieden grossen Papillomen, die wahren und falschen Stimmbänder, Aryknorpel, hintere Larynxwand ebenfalls mit verschieden grossen Papillomen überhäuft. Das Meso-arytaenoideum mit einem nahezu haselnussgrossen Papillom bedeckt; mit einem Wort der Kehlkopf vollständig ausgefüllt von Neugebilden. Die wahren Stimmbänder gering beweglich. Patient atmet sehr schwer."

„Vor seiner Abreise, d. h. am 3. August, sah Herr Prof. Navratil den Patienten flüchtig, und machte den Vorschlag, ihn nach seiner Rückkehr mittelst der Tracheofissur von seinem Leiden vollständig zu befreien. Es wurde Alles angewandt, dem Patienten eine Erleichterung zu schaffen, Expektorantien etc., doch vergebens. Zu dem Bronchialkatarrh kam ein akutes Oedem des Kehlkopfdeckels, welches auf angewandte Blutegel, Eisumschläge, eisgekühlte Emulsionen, Zink-Glycerin-Touchierungen nicht schwand, sondern sich steigerte, so dass ich gezwungen war, drohender Atemnot wegen am 23. August abends die Tracheotomia inferior auszuführen. Die Operation ging rasch vor sich, ohne irgend welche erwähnenswerte Komplikation. Ich legte eine 9 cm lange Kanüle ein. Nach der Operation atmete der Patient frei."

„Das Oedem des Kehlkopfdeckels fiel ab, doch der Bronchialkatarrh löste sich sehr schwer, so dass Herr Prof. Navratil die Tracheofissur in Narkose erst am 24. Oktober ausführen konnte. Der Thyreoidealknorpel und der Ringknorpel mussten mit der Knochenschere gespalten, der Kehlkopf offen gehalten und sämtliche Papillome mit einer Cooper'schen Schere entfernt werden. Das grösste Papillom, welches auf dem Meso-arytaenoideum sass, wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit dem Thermokauter gebrannt. Mit Knorpelhautnähten schloss ich den Kehlkopf, darauf mit ähnlichen Catgutnähten die Hautwunde. Die Kanüle blieb liegen. Die äussere Wunde heilte per primam. Am 3. Tag erscheint getrunkene Flüssigkeit in der Halswunde, Patient wird mit Schlundrohr ernährt. Der Kehlkopfdeckel und der Kehlkopf selbst sind entzündet. Lokal Aqua plumbica-Einpinselungen appliziert. Nach 8 Tagen kann Patient frei schlucken. Entzündung schwindet; dem Papillom entsprechend reine flache Narbenbildung. Am 3. Dezember nur noch eine kleine erhabene Verdickung der hinteren Larynxwand. Der Versuch, die Kanüle zu entfernen, gelingt nicht, teils wegen Furcht des Patienten, teils wegen geringen fortdauernden Hustenreizes. Patient verliess die Abteilung mit Kanüle am 17. Januar 1883 auf sein eigenes Verlangen. — Im Jahre 1884,

am 4. Mai, erschien Patient in der II. chirurgischen Abteilung des Herrn Prof. Navratil als Ambulant. Am Halse aussen ein mittelgrosser, blumenkohlähnlicher Tumor, in dessen Mitte die Kanüle weit herausgehoben, der Tumor weich, mit penetrant riechender Jauche bedeckt. Der Kehlkopf innen von einem ähnlichen, unebenen, an einzelnen Stellen mit Blutgerinnsel bedeckten Tumor ausgefüllt. Da an eine totale Exstirpation nicht mehr gedacht werden konnte, wurde Patient an das sogenannte Baracken-Spital gewiesen, wo andere ähnliche unheilbare Carcinomfälle bis zum tödlichen Ausgange behandelt werden. Es wäre von Interesse gewesen, wenn möglich nach der Obduktion den mikroskopischen Beweis der carcinomatösen Entartung der Papillome Ihnen einsenden zu können, doch leider war mein Nachsuchen vergebens. Patient liess sich meines Wissens nach hier in Budapest nirgends aufnehmen. Ich meine trotzdem nicht daran zweifeln zu können, dass dieser Tumor, der die Grösse und das Aussehen eines Blumenkohls hatte, ein Carcinom war."

[Es ist nicht leicht zu sehen, worauf Kollege Morelli seine bestimmt ausgesprochene Behauptung (s. S. 238) stützt, dass der vorstehende Fall als ein echtes Beispiel von Umbildung aufzufassen sei. Der Umstand, dass die carcinomatöse Entartung erst nach vier Jahren „konstatiert" worden sei, dürfte doch kaum als Beweisstück herangezogen werden können. Denn einmal wissen wir, dass eine vierjährige Dauer des Kehlkopfkrebses in einer ganzen Reihe wohlbeobachteter Fälle konstatiert worden ist, zum anderen, dass der Krebs bis zum Ende unter dem Bilde des Papilloms verlaufen kann. Für diese beiden Tatsachen ist im Verlaufe unserer Ausführungen eine ganze Reihe von Beispielen gegeben worden. (Vgl. z. B. S. 143, ferner Ss. 109 u. ff., Ss. 124 u. ff. usw. usw.) Abgesehen von dem genannten Umstande aber finden wir in Morelli's Beschreibung nicht einen einzigen Anhaltspunkt für die ursprüngliche Gutartigkeit der Geschwulst, wohl aber eine ganze Reihe von Momenten, die dafür sprechen, dass von Anfang an eine unter dem Bilde des Papilloms verlaufende bösartige Neubildung oder eine Mischgeschwulst vorhanden gewesen ist. Denn der einzige Umstand, dass nach den in Wien vorgenommenen Operationen die Stimme klar und die Atmung leicht geworden ist, kann ohne gleichzeitige Bekräftigung durch den objektiven Kehlkopfbefund nach dem Ende der Operationen und ohne eine verhältnismässig längere Dauer des freien Intervalles ganz und gar nicht als Beweis für die primäre Gutartigkeit herangezogen werden. Ein solche Verbesserung der Stimme und Atmung ist vielmehr temporär mit Wahrscheinlichkeit immer zu erwarten, wenn eine die phonatorische Juxtaposition der Stimmbänder hindernde und die Atmungsspalte obstruierende Geschwulst intralaryngeal entfernt wird, mag nun diese Geschwulst gutartig oder bösartig sein! — Ja, es bedarf, wie eine einschlägige Beobachtung den Herausgeber gelehrt hat, nicht einmal

immer operativen Eingreifens, um eine solche temporäre Verbesserung zu erzielen; gelegentlich ereignet sich eine solche spontan im Verlaufe des geschwürigen Zerfalles eines Kehlkopfkrebses. Lebhaft steht ihm der Fall einer 53 jährigen Dame mit verhornendem Cancroid des rechten Stimmbandes in Erinnerung, in welchem die mikroskopische Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragments die Diagnose der Malignität des Tumors mit vollständigster Sicherheit etabliert hatte. Die Dame war bereits vollständig aphonisch, die Respiration einigermassen, wenn auch nicht hochgradig erschwert. Als der Herausgeber die Patientin nach einem Intervall von drei Monaten wiedersah, war er durch die ihm mit lauter und nur ganz wenig heiserer Stimme gemachte Mitteilung, dass sie sich viel besser fühle, ihre Stimme fast ganz wiedergekehrt und die Atemnot völlig verschwunden sei — im ersten Augenblick dermassen überrascht, dass er an einen diagnostischen Irrtum glaubte! — Ein Blick in den Kehlkopfspiegel belehrte ihn freilich leider eines Anderen: die weit in die Glottis vorspringende und auch die Bewegungen des linken Stimmbandes behindernde Geschwulst war ulcerös vollständig untergegangen, an ihrer Stelle befand sich eine ziemlich gradlinige Geschwürsfläche, die etwa den früheren Konturen des rechten Stimmbandes entsprach, die Glottis war völlig frei, die Bewegungen des linken Stimmbandes ganz unbehindert. Dasselbe legte sich bei der Phonation völlig an die Geschwürsfläche an und der erzeugte Ton war ebenso überraschend laut und verhältnismässig klar, wie der Herausgeber seitdem im Falle des Mr. M. W. (vgl. S. 115) nach der halbseitigen Kehlkopfexstirpation zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Natürlich war aber die symptomatische Verbesserung nur eine ganz temporäre, mit der Weiterentwickelung des Carcinoms verschleierte die Stimme sich wieder und ging sodann dauernd völlig verloren, die Atemnot nahm wieder zu und machte im zweiten Jahre des Leidens die Vornahme der Tracheotomie erforderlich und nach $4\frac{1}{4}$ jähriger Gesamtdauer des Leidens (vgl. V., Ss. 143, 144) ging die Kranke kachektisch zugrunde. Aber der Fall lehrt doch überzeugend, wie wenig eine temporäre Besserung der Stimme und der Atmung im Verlaufe einer verdächtigen Kehlkopfgeschwulst an sich als Beweis für die ursprüngliche Gutartigkeit derselben herangezogen werden darf!

Um nach dieser allgemeinen Abschweifung auf den Morelli'schen Fall zurückzukommen, der eine treffliche Illustration des eben Gesagten liefert, so „dauerte die Freude nicht lange“ — wie der Beobachter selbst angibt. „Bald“ nach der Rückkehr des Kranken in die Heimat machten sich die alten Beschwerden wieder bemerklich. Schon bei der ersten Untersuchung in Pesth war ein klinisches Symptom vorhanden, das ein Verdachtsmoment schwerer

Natur dafür bietet, dass es sich schon damals um eine bösartige Neubildung handelte: der Umstand nämlich, dass „die Giessbeckenknorpel und hintere Kehlkopfwand ebenfalls mit verschieden grossen Papillomen überhäuft waren!" — Der Herausgeber hat so lange vor Einsendung des Morelli'schen Falles in dem Abschnitt über die laryngoskopische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen (vgl. S. 113) seine Erfahrungen und seine Ueberzeugung dahin präzisiert, dass die Ausdehnung einer Geschwulst „in der Richtung nach dem betreffenden Giessbeckenknorpel und nach der hinteren Kehlkopfwand" bedeutsam für ihre Bösartigkeit sprechen, dass er jetzt nicht des „Argumentum ad hoc" wird beschuldigt werden können, wenn er erklärt, dass er in dem geschilderten Befunde in dem Morelli'schen Falle nur einen neuen Anhaltspunkt für seine Ansicht erblicken kann. Gewichtig spricht auch für dieselbe, dass trotz Auskratzung gerade des Mesoarytaenoideums mit dem scharfen Löffel und trotz Thermokauterisation dieser Gegend schon 5 ½ Wochen nach der Laryngofissur (vgl. oben) wieder eine „kleine erhabene Verdickung der hinteren Larynxwand" konstatiert wurde! Das sieht doch sehr nach Krebs aus! — Und endlich bildet das bereits vor der Vornahme der Tracheotomie aufgetretene akute, hartnäckige Oedem des Kehldeckels einen weiteren Anhaltspunkt dafür, dass bereits zu der Zeit, als die Affektion noch für ein gewöhnliches multiples Papillom angesehen wurde, tiefere, auf Bösartigkeit des Grundprozesses deutende Störungen, wahrscheinlich perichondritischer Natur, vorhanden waren. —

Kurz — die ganze klinische Geschichte des Falles weist, nach der Ansicht des Herausgebers, so deutlich auf die primäre Bösartigkeit des Prozesses hin, dass der schliessliche Ausgang gewissermassen als eine gebotene Folge erscheint, und dass es viel überraschender wäre, wenn zum Schlusse eine restitutio ad integrum gemeldet worden wäre, statt des nach der ganzen Krankengeschichte zu erwartenden und tatsächlich erfolgten Durchbruchs des Krebses nach aussen! — Soweit der Herausgeber zu übersehen vermag, gehört der Fall in die Kategorie der Fälle von Morell Mackenzie (Centralbl., Jahrg. V, Ss. 93 u. 270), J. Solis Cohen-Seiler (oben, S. 207), Schech (Ibid. S. 220), Whipham-Whistler (Ibid. S. 228), in welchem sich primär bösartige oder gemischte Geschwülste in der Form von üppig wuchernden Papillomen präsentierten und dieses Aussehen selbst noch beibehielten, als sie schon das Knorpelgerüst des Kehlkopfs durchbrochen hatten, — nur mit dem Unterschiede, dass die Verdachtsgründe für primäre Bösartigkeit in ihm noch gewichtiger sind, als in manchen derselben! Keinesfalls dürfte er wohl anders als „im höchsten Grade zweifelhaft" bezeichnet werden dürfen!]

Mit diesem Falle ist die Liste der als Beispiele von Umbildung eingesandten Fälle erschöpft, und wir kommen nunmehr zu der Besprechung des Gesamtergebnisses unserer Sammelforschung.

XII. Das Gesamtergebnis der Sammelforschung.

Die Seltenheit bösartiger Umwandlungen von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten überhaupt. Die Einflusslosigkeit intralaryngealer Operationen auf solche Umwandlungen. Die sonstigen Lehren der Sammelforschung. Die Frage der Berechtigung der Entfernung von Fragmenten zu blossen diagnostischen Zwecken, sowie diejenige intralaryngealer Operationen nach Konstatierung der Bösartigkeit einer Kehlkopfgeschwulst. Schlussbemerkungen.

Zwei Fragen waren es, zu deren Lösung die Sammelforschung unternommen wurde:

1. Kommt ein Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste, speziell nach intralaryngealen Operationen, „oft" vor?
2. Kann in den nach intralaryngealen Operationen beobachteten Fällen eines solchen Ueberganges die Operationsmethode selbst für denselben verantwortlich gemacht werden?

Da die einzig notwendige Vorfrage, nämlich die, ob eine Degeneration gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige überhaupt vorkommen könne und vorkommt, bereits im Laufe der vorstehenden Ausführungen sowohl theoretisch auf Grund allgemeiner Erwägungen und analoger Vorkommnisse in anderen Teilen des Körpers (vgl. Abschnitt VII.), wie praktisch durch die Mitteilung der ganz oder fast ganz sicheren eingesandten Fälle (vgl. Abschnitt IX., Fall 7, Abschnitt X., Fälle 1, 6, 9, 15, 16) im bejahenden Sinne beantwortet worden ist[1]), können wir uns sofort zur Beantwortung der ersten dieser Fragen wenden.

---

1) Ein bedeutender englischer Patholog erhob kürzlich im Gespräch mit dem Herausgeber die Einwendung, dass man doch nicht eigentlich von einer „Umwandlung" sprechen könne, wenn der intralaryngealen Entfernung einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst später einfach das Auftreten einer bösartigen an derselben Stelle „folge". Das heisst doch aber wohl die Dialektik etwas zu weit treiben! Der Herausgeber hat selbst bei Gelegenheit des Fauvel'schen, sowie seines eigenen Falles darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht erlaubt scheine, von einer „Umwandlung" oder einem „Uebergange" in dem Falle zu sprechen, dass eine bösartige Neubildung nicht von der Insertionsstelle einer früher entfernten Geschwulst, sondern nur von deren Nachbarschaft ihren Ursprung nimmt. Anders liegt doch aber die Sache, wenn die spätere bösartige Geschwulst direkt von dem Mutterboden der früher entfernten Geschwulst ausgeht. Denn wenn auch die Möglichkeit nicht geleugnet werden kann und soll, dass sich — etwa analog dem Bayer'schen Fall von bösartig gewordenen Nasenpolypen (vgl. Abschnitt VII.) — eine bösartige Transformation gelegentlich auch in den peripheren Abschnitten einer gutartigen Kehlkopfgeschwulst vollziehen mag, so ist die Wahrscheinlichkeit a priori doch unendlich viel grösser, dass ein solcher Vorgang, wenn er sich überhaupt abspielt, in dem basalen Teile der Geschwulst, d. h. in ihrem Mutterboden vor sich geht. — Nun leistet aber keine Form intralaryngealer Operation, welcher Methode (Zange, Messer, Schlinge, Galvanokauter) man sich auch bedienen mag, absolut dafür Gewähr, dass wirklich alles Krankhafte

Das Resultat der Sammelforschung bildet die denkbarst emphatische und unanfechtbare **Verneinung** der Frage, ob ein Uebergang gutartiger Kehlkopfgeschwülste, speziell nach intralaryngealen Operationen, „oft" vorkomme.

Unter 10 747 Fällen von gutartigen Kehlkopfneubildungen ist ein solcher Uebergang 45 mal berichtet worden, und zwar 12 mal spontan, 33 mal nach intralaryngealen Operationen.

Mit diesen einfachen Zahlen ist — selbst wenn man auf die so durchaus notwendige Kritik des eingesandten Materials vollständig Verzicht leistet — der Stab über die Behauptung, dass eine solche Degeneration „oft" vorkäme, endgültig gebrochen. Denn es würde dem einfachsten Sprachgebrauch aller Nationen schnurstracks zuwiderlaufen, wenn man bei einer Proportion von 45 : 10747, d. h. von **1 : 238** das Wort „oft" gebrauchen wollte.

Bei strengerer Sichtung aber liegen die Verhältnisse noch ganz anders.

Wenn wir — speziell für die Frage der Degeneration nach intralaryngealen Operationen — die 12 berichteten Spontanumwandlungen und die 2531 Fälle von Kehlkopfneubildungen, in denen überhaupt nicht intralaryngeal operiert worden ist, vorläufig bei Seite lassen, so finden wir, wenn wir wiederum vorerst auf Kritik verzichten, 33 gemeldete Umwandlungen auf 8216 Operationen, d. h. ein Verhältnis von **1 Umwandlung auf 249 Operationen!** Hier kann also noch weniger die Rede von einem „oft" sein, als bei der vorher aufgestellten Gesamtproportion! —

Legt man nunmehr aber die Kritik, welche wir uns bei der Analyse jedes einzelnen Falles zu üben gestattet haben, an die Gesamtzahl derselben, so finden wir folgendes:

Als ganz oder fast ganz sichere Beispiele von maligner Transformation nach intralaryngealen Operationen konnten wir nur die Fälle:

X., 1 (Aschenbrand-Seifert),
X., 6 (Victor von Bruns-Paul Bruns-Boecker),
X., 9 (Navratil),
X., 15 (Mahl-Stoerk),
X., 16 (Tauber),

bezeichnen.

---

radikal entfernt worden ist (man denke nur an die häufigen Papillomrecidive in den Händen der geschicktesten Operateure!); in phonetischer Beziehung ist es sogar oft wünschenswert, nicht allzu radikal vorzugehen, um die Stimme des Kranken nicht für später zu beeinträchtigen; eine anscheinende Entfernung alles Krankhaften ist nichts weniger als gleichbedeutend mit einer wirklichen Entfernung desselben, da sich die Vorgänge im Mutterboden gutartiger Geschwülste naturgemäss nur zu oft dem Blicke des Operateurs gänzlich entziehen. Entwickelt sich also unter solchen Umständen in der im VII. Abschnitt genauer definierten Weise eine bösartige Geschwulst von der Insertionsstelle der früher entfernten, gutartigen, so wird es für jeden Unbefangenen wohl kaum zweifelhaft sein, dass es sich in dem betreffenden Falle um eine echte „Umbildung" im Mutterboden der alten Geschwulst, nicht um eine blosse „zeitliche Folge" gehandelt hat. Anmerkung des Herausgebers.

Die Proportion der sicheren oder nahezu sicheren Fälle zur Gesamtzahl der Operationen ist daher nur:

5 : 8216, oder
1 : 1645,

d. h. **weit weniger, als 1 pro Mille!**

Als wahrscheinlich hierher gehörend betrachteten wir die Fälle:

X., 4 (Beschorner-Prinz),
X., 5 (Boecker),
X., 7 (Fano),
X., 8 (Michel),
X., 11 (Newman),
X., 14 (Seeligmann),
X., 17 (Semon-Baron).

Die Proportion der „sicheren" **plus** den „wahrscheinlichen" Fällen zur Gesamtzahl der Operationen verhält sich also wie:

12 : 8216, oder
1 : 685.

Von den übrigen berichteten Beispielen anscheinenden Ueberganges nach intralaryngealen Operationen geben wir das Prädikat „zweifelhaft" den Fällen:

X., 12 (Schnitzler),
X., 13 (Schnitzler),
XI., 1 (Baumgarten),
XI., 2 (J. Solis Cohen),
XI., 9 (Labus),
XI., 10 (Prinz),
XI., 13 (v. Schroetter),
XI., 14 (Clinton Wagner),
XI., 15 (Whipham-Whistler),
XI., 16 (Morelli),

während wir die Fälle:

X., 3 (Beschorner),
XI., 3 (J. Solis Cohen),
XI., 4 (J. Solis Cohen-Seiler),
XI., 5 (J. Solis Cohen),
XI., 6 (Fauvel),
XI., 7 (Glasgow),
XI., 8 (Gurowitsch),
XI., 11 (Schech),
XI., 12 (Schnitzler-Mahl),

als „im höchsten Grade zweifelhaft" resp. als wahrscheinlich nicht in die Kategorie der Umwandlungen gehörig", und die Fälle:

X., 2 (Bayer),
X., 10 (Newman)
als „Narbengeschwülste" bezeichnen zu müssen glaubten.

Rechnen wir nun selbst noch die Kategorie der „zweifelhaften" Fälle den „sicheren" und „wahrscheinlichen" zu, und lassen wir nur die direkt unwahrscheinlichen fort, so erhalten wir ein Verhältnis von:

22 : 8216, oder
1 : 373.

Es muss jedem Leser der Sammelforschung überlassen bleiben, sich hiernach selbst die Proportion, die ihm den tatsächlichen Verhältnissen am meisten zu entsprechen scheint, auszuwählen. Der Ansicht des Herausgebers nach dürfte dies die Proportion von **1 : 685** sein, welche das Verhältnis der „sicheren" plus den „wahrscheinlichen" Fällen von Degeneration nach intralaryngealen Operationen gegenüber der Gesamtzahl der letzteren repräsentiert[1]).

Welche der aufgestellten Proportionen man aber auch wählen mag — jedenfalls kann für die Zukunft kein Zweifel mehr darüber obwalten, dass **die bösartige Degeneration einer früher bestimmt gutartig gewesenen Kehlkopfgeschwulst, wie überhaupt, so auch nach intralaryngealen Operationen als ein Ereignis seltenster Art bezeichnet werden muss!**

Wir kommen nunmehr zur zweiten Frage der Sammelforschung:

„Kann in den nach intralaryngealen Operationen beobachteten malignen Umbildungen die Operationsmethode selbst für diese Umbildungen verantwortlich gemacht werden?"

Für jeden Unbefangenen ist mit dem Resultat der Untersuchung über die Frequenz bösartiger Degenerationen gutartiger Kehlkopfgeschwülste überhaupt gleichzeitig auch die Antwort auf die zweite Frage gegeben. Denn es leuchtet ein, dass, wenn der operative Reiz per se als Krebserzeuger wirken könnte, das Verhältnis der malignen Umbildungen zur Gesamtzahl der vorgenommenen malignen Operationen ein unendlich viel grösseres sein müsste, als das eben ermittelte! Dem gesunden Menschenverstand wird es nie erfindlich sein, warum in so vielen Hunderten von Operationen, wie den obigen Statistiken zufolge auf jedes einzelne Beispiel von Umbildung entfallen, der Operationsreiz gerade in diesen vereinzelten Fällen krebserzeugend gewirkt haben soll, und warum nicht in den jedem dieser vereinzelten Fällen gegenüberstehenden hunderten, in welchen dieselben Operationen heilenden Erfolg gehabt haben! —

---

1) Die Differenz zwischen den oben aufgestellten Proportionen und den in dem vorläufigen Bericht über die Sammelforschung angegebenen (Centralblatt V., S. 46) erklärt sich aus den mittlerweile dem Herausgeber zugegangenen Berichtigungen und Zusätzen. Anm. des Herausgebers.

Ein einziger Einwand könnte hier von den Transformationsgläubigen gemacht werden, der nämlich, dass gerade in den berichteten Fällen von Uebergang so viele und über so lange Zeiträume ausgedehnte Operationen vorgenommen worden seien, dass sich in diesen Fällen der krebserzeugende Einfluss des operativen Einflusses habe geltend machen können, während derselbe in den tausenden von Heilungsfällen nicht zur Einwirkung gekommen sei.

Obwohl dieser Einwand, wie gleich gezeigt werden soll, ein blosses Scheinargument darstellt, das von den verschiedensten Standpunkten aus wiederlegt werden kann, müssen wir uns doch mit ihm beschäftigen, um den schädlichen Behauptungen, deren Grundlosigkeit die Sammelforschung ermittelt hat, auch nicht die geringste Handhabe zu hinterlassen, mittels deren dieselben später erneuert werden könnten.

Unzweifelhaft ist in der Majorität der Fälle, in welchen eine Umbildung vorgekommen ist oder vorgekommen sein soll, viel und lange intralaryngeal operiert worden. Das geht klar aus den oben mitgeteilten Berichten hervor[1]) und soll keinen Augenblick bestritten werden.

Demgegenüber ist aber folgendes zu bedenken:

Selbst wenn wir uns zunächst argumenti causa für einen Augenblick auf den Boden der Möglichkeit stellen, dass ein oft wiederholter und lange fortgesetzter operativer Reiz an sich ausreiche, um einen Uebergang einer gutartigen in eine bösartige Kehlkopfgeschwulst zu bewirken, so steht vor allen Dingen die Tatsache fest, dass es durchaus nicht ausschliesslich Fälle von lange fortgesetzten, oft wiederholten intralaryngealen Operationen sind, in welchen von einer Degeneration berichtet worden ist. Wir erinnern hier an die Fälle: X., 5 (Boecker), X., 11 (Newman), X., 12 (Schnitzler), X., 14 (Seeligmann), X., 16 (Tauber), XI., 1 (Baumgarten), XI., 7 (Glasgow), XI., 8 (Gurowitsch), XI., 9 (Labus), XI., 11 (Schech), XI., 12 (Schnitzler-Mahl), XI., 13 (v. Schroetter), XI., 14 (Clinton-Wagner), in denen aus den Aeusserungen der betreffenden Beobachter teilweise ganz und gar nicht geschlossen werden kann, dass viel und lange operiert worden ist, teilweise das direkte Gegenteil hervorgeht. So wird z. B. in dem Schech'schen Falle (XI, 11) doch kein vernünftiger Mensch auch nur einen Augenblick glauben, dass die bösartige Umbildung — notabene, wenn eine solche überhaupt erfolgt ist! — durch die drei Sitzungen produziert worden ist (vgl. den Fall), in denen Fragmente mit Messer und Pinzette entfernt wurden!

---

1) Der Herausgeber hatte die Absicht, die betreffenden Verhältnisse hier in Tabellenform zusammenzustellen und hatte de facto bereits die Hälfte der betreffenden Tabelle angefertigt. Es stellte sich aber heraus, dass die Angaben der einzelnen Autoren über die Zahl und Dauer der Operationen teilweise ganz allgemein gehalten sind, teilweise ganz fehlen. Eine tabellarische Uebersicht würde daher so gut wie wertlos sein, und es muss den Lesern der Sammelforschung überlassen bleiben, sich aus den einzelnen Berichten selbst ein allgemeines Urteil über die einschlägigen Verhältnisse zu bilden. Anm. des Herausgebers.

Die genannten 13 Fälle repräsentieren aber mehr als ein Drittel der sämtlichen Fälle vermuteter Umbildung nach intralaryngealen Operationen!

Zweitens muss hier nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden, dass in einer sehr beträchtlichen Anzahl der Fälle, in welchen viel und lange operiert worden ist, begründeter Verdacht vorliegt, dass es sich um von Anfang an bestandene Mischgeschwülste, oder um böartige, unter dem äusseren Bilde gutartiger Geschwülste auftretende Tumoren gehandelt hat, so in den Fällen XI., 3 (J. Solis Cohen), XI., 4 (J. Solis Cohen-Seiler), XI. 5 (J. Solis Cohen), XI., 6 (Fauvel), XI., 10 (Prinz), XI., 15 (Whistler-Whipham), XI., 16 (Morelli). In allen diesen Fällen dürfte es sich also de facto nicht um viele und lange Operationen an gutartigen Geschwülsten, die in Folge dessen bösartig wurden, gehandelt haben, sondern um viele und lange Operationen an a priori bösartigen oder wenigstens gemischten Geschwülsten! Der oft erwähnte Krieg'sche Fall gibt ein ausgezeichnetes Beispiel dafür ab, wie leicht etwas derartiges möglich ist. — Addieren wir nun aber die eben genannten 7 Fälle zu den 13 ersterwähnten, in welchen überhaupt nicht viel und nicht lange operiert worden zu sein scheint, so findet der Einwand, bei dessen Bekämpfung wir uns gegenwärtig befinden, überhaupt nur Anwendung auf 13 der berichteten 33 Fälle von Umwandlung, also auf etwas mehr als ein Drittel der Gesamtzahl! —

Es geht schon hieraus hervor, auf wie schwachen Füssen die Behauptung steht, dass der Operationsreiz an sich genüge, eine Umwandlung auszulösen.

Ihre ganze Nichtigkeit aber tritt zu Tage, wenn wir uns nunmehr drittens mit der sich an dieser Stelle mit logischer Notwendigkeit ergebenden Frage beschäftigen: ob denn die nunmehr übrig bleibenden 13 Fälle die einzigen in der laryngologischen Literatur bekannten sind, in denen viel und lange intralaryngeal operiert worden ist? — Denn wenn unanfechtbar nachgewiesen werden kann, dass eine Reihe wohl authentizierter Fälle existiert, in denen mindestens ebensoviel, ebensolange und ebenso energisch, oder gar noch mehr, noch länger, noch energischer intralaryngeal operiert worden ist, ohne dass die gefürchtete Umwandlung eingetreten wäre, so wird kein verständiger Mensch glauben, dass dieselbe Wirkung im einen Falle diesen, im anderen den gerade entgegengesetzten Erfolg haben könne — ohne dass noch ein anderer ausschlaggebender, wenn auch uns gegenwärtig noch unbekannter Faktor hinzutrete!

Nun ist aber die ganze Geschichte der intralaryngealen Chirurgie ein fortgesetzter Beweis dagegen, dass die Zahl und Dauer der Operationen in den übrig bleibenden 13 Fällen wirklichen oder möglichen Ueberganges nach irgend welcher Richtung hin etwas Ausnahmsweises oder gar Verwerfliches darstellt. Es liegt in der Natur intralaryngealer Operationen, der Schwierigkeiten ihrer Technik, der oft ungünstigen anatomischen Verhältnisse des Kehlkopfs, an dem die Operationen vorgenommen werden, des Sitzes, der Befestigung, der Multiplizität der zu operierenden Geschwülste, der häufigen Unmöglichkeit, sicher zu sein, ob auch alles Krankhafte

fortgenommen ist, der Recidivfähigkeit der Papillome, der bedeutsamen Rolle, die die Mitwirkung des Patienten beim Erfolg der Operationen spielt und tausenderlei anderer hier zu berücksichtigender Umstände, dass nur in Ausnahmefällen die gänzliche Entfernung der Neubildung in der ersten Sitzung gelingt, und dass weit häufiger wiederholte, oft lange fortgesetzte, bei etwaigen Recidiven zu erneuernde Operationen notwendig werden, ehe vollständige, dauernde Heilung erzielt ist[1]). Welcher Laryngolog, der auf eine mehrjährige Tätigkeit zurückblicken kann, würde sich nicht mehrerer solcher Fälle aus eigener Erfahrung erinnern, nicht aus eigener Erfahrung Zeugnis dafür ablegen können, welche staunenswerte Toleranz der menschliche Kehlkopf selbst häufigen, lange fortgesetzten, energischen Eingriffen entgegenbringt? — Aus unserer Tabelle geht hervor, dass von den **3382** operierten Papillomen[2]) zum mindesten (vgl. die zweite Anmerkung zur Tabelle) **480**, also 14 pCt., recidivierten resp. wiederholte Entfernungen notwendig machten. — Warum ist in diesen 480 Fällen keine bösartige Degeneration erfolgt, wenn der Operationsreiz per se eine solche produzieren kann?

Und wie in vielen dieser Fälle operiert worden ist, dafür haben (ganz abgesehen von den zahllosen, in der laryngologischen Literatur verstreuten Fällen) einige Kollegen die dankenswerte Güte gehabt, uns spontan höchst instruktive Beispiele einzusenden.

So schreibt Beschorner (Dresden): „Einen beachtenswerten Fall, welcher die Zähigkeit des Recidivierens papillomatöser Kehlkopfgeschwülste illustriert und wie die Struktur derselben sich trotz unausgesetzter (!) intralaryngealer Eingriffe und in Jahrzehnten (!) nicht verändert, habe ich momentan in Behandlung. Er betrifft denselben Hans Pansel, den V. v. Bruns im Jahre 1863 mit der ihm eigenen Beharrlichkeit als $4\frac{1}{2}$jährigen Knaben an Kehlkopfpapillom operierte, und den er als 8. Beobachtung in seiner „Laryngoskopie und laryngoskopische Chirurgie“, S. 323 aufführt. Dieser Hans Pansel, jetzt 30 Jahre alt, wird von mir zur Zeit neuerdings von Kehlkopfpapillomen befreit, nachdem er seit dem Jahre 1865 von ungezählten Laryngoskopikern vieler Städte und Länder ungezählte Male operiert worden ist (!). — Sein Kehlkopf verträgt, nebenbei bemerkt, das Eingehen mit Instrumenten, als ob er auf's Intensivste cocainisiert wäre. — Die von mir heute wieder entfernten und mikroskopisch untersuchten Neubildungen bieten den Typus einfacher Papillome dar.“

B. Fränkel schreibt: „In einem Falle habe ich bereits 10 (!) Recidive

1) Es ist richtig, dass die Einführung des Cocains eine beträchtliche Abkürzung der Zahl der Sitzungen wie der Eingriffe selbst zu Wege gebracht hat, aber selbst heute noch ist die Mehrzahl der intralaryngealen Operationen nicht jene leichte und schnelle Sache, als welche einige Fachgenossen sie im ersten Enthusiasmus nach dem Bekanntwerden des vortrefflichen Mittels dargestellt haben.

2) Beiläufig bemerkt, dürfte die Sammelforschung wohl beanspruchen können, die streitige Frage nach der relativen Frequenz der Papillome im Verhältnis zur Häufigkeit von gutartigen Kehlkopfneubildungen überhaupt gelöst zu haben. Dieselbe beträgt 4190 : 10747, d. h. etwa $1 : 2\frac{1}{3}$.

bekämpfen müssen, weil immer wieder, meist von anderen Stellen, Papillome aufschiessen. Die letzte Untersuchung hat aber noch den typischsten Befund des Papilloms ergeben. Jetzt ist der Patient seit über Jahresfrist gesund."

Labus berichtet: .... „Zwei Fälle sind sehr interessant wegen der Hartnäckigkeit ihrer Recidive: den einen, einen Eisenarbeiter, habe ich seit 12 Jahren (!) in Behandlung, alle 5—6 Monate wird es notwendig, ihm papillomatöse Vegetationen von den Stimmbändern zu entfernen; der andere, eine junge Dame, steht seit 5 Jahren in Behandlung. Anfänglich war die Tendenz zu Recidiven ganz ausserordentlich: bisweilen genügten 14 Tage zur vollständigen Neubildung des Papilloms. Gegenwärtig scheint die Reproduktionstätigkeit sich zu erschöpfen, da seit der letzten Exstirpation 7 Monate verflossen sind und sich bis zu diesem Augenblicke kein neues Recidiv gezeigt hat."

Lichtenstein (Posen) gedenkt eines gegenwärtig unter seiner Behandlung stehenden Falles von recidivierendem Papillom, der vor 18 Jahren (!) von V. v. Bruns und vor 2 Jahren von Boecker operiert worden war.

Malmsten (Stockholm) berichtet: „In einem Falle von gutartigem Papillom, ausgehend vom freien Rande des rechten Stimmbandes, entstanden 5 Male (!) Recidive sehr schnell nacheinander: das letzte Mal wurde die Geschwulstfläche unmittelbar nach der Operation mit Kali causticum in Substanz gebrannt; seitdem — d. h. $1\frac{1}{2}$ Jahren — ist vollständige Heilung eingetreten."

Michel (Cöln) schreibt: „Augenblicklich behandle ich einen 25 jährigen Postbeamten (seit $2\frac{1}{2}$ Jahren), dem ich an 250 Stückchen Papillome, welche die ganze Kehle einnahmen (Atemnot und geräuschvolles Atmen vorhanden) entfernt habe. Er ist fast völlig geheilt. Bis jetzt fanden 40 Operationen mit der scharflöffeligen Pinzette und 8 galvanokaustische Sitzungen statt. Von einer bösartigen Umwandlung keine Rede."

In einem Briefe von Max Schaeffer (Bremen) heisst es: .... „Ein anderer Patient, Gymnasial-Professor hier, wurde schon vor meiner Zeit, vor 15 Jahren, von Tobold wegen multipler Papillome operiert. Ich habe demselben vielleicht 10 Male (!) in den 15 Jahren (!) den Larynx ausgeräumt, so dass er beständig in seinem Berufe bleiben konnte. Seit Herbst 1886 habe ich durch Einreibungen von 50 proz. Milchsäurelösung Recidive bei ihm verhindert."

Semon hat einen Fall berichtet (vgl. Transactions of the Royal Medical and Chirurgical Society, Vol. LXV, p. 164, 1882), in welchem sieben Monate fortgesetzte, zum grossen Teil galvanokaustische Sitzungen notwendig waren, um die Patientin, ein junges Mädchen, von multiplen, teilweise subglottischen Papillomen zu befreien. Die Dame ist jetzt, wie er nach kürzlich stattgehabter Untersuchung mit Bestimmtheit angeben kann, seit 7 Jahren dauernd von ihrem Leiden befreit. — Eines anderen Falles von bei jeder Schwangerschaft auftretenden Recidiven hat er bei Beschreibung seines Falles von Umbildung (X, 17) bereits

gedacht. In diesem Falle sind bisher im Laufe von 8 Jahren 5 Recidive (!) erfolgt (die Neubildungen kommen hauptsächlich aus den Morgagni'schen Ventrikeln), und die Gesamtzahl der stattgehabten Sitzungen beläuft sich sicher auf über 100. Die mikroskopische Untersuchung des ganz kürzlich entfernten letzten Recidivs zeigte, wie stets zuvor, die Charaktere eines typischen Kehlkopfpapilloms.

Tobold (Berlin) schreibt: „In einem Falle traten 5 mal (!), in einem zweiten 3 mal, in einem dritten 2 mal Recidive ein, und fand dann, nach wiederholten Operationen, ein weiteres Wachstum nicht statt.“

Doch genug der Illustrationen. Der Herausgeber hat es nur für notwendig gehalten, einige der drastischsten, ihm direkt zur Verfügung gestellten Beispiele langwieriger, oft wiederholter und doch unschädlicher intralaryngealer Operationen hier zu reproduzieren. Es wäre leicht gewesen, ihre Zahl durch ähnliche, in der laryngologischen Literatur niedergelegte Fälle zu vermehren — nur beispielsweise sei an den in der Novembernummer 1889, S. 256 des Centralblatts veröffentlichten, ausserordentlichen Fall G. Stoker's erinnert, in welchem im Verlaufe von 23 Jahren (!) viele hunderte (!) von nichts weniger als schonenden intralaryngealen Operationen vorgenommen worden sind, ohne dass eine bösartige Degeneration eingetreten wäre — aber die vorstehenden Beispiele genügen völlig, um die Absurdität der Behauptung klar zu legen, dass intralaryngealer operativer Reiz an sich krebserzeugend wirken könne. Wenn dem so wäre, so hätten wahrlich die eben erwähnten Kranken Beschorner's, B. Fränkel's, Labus', Lichtenstein's, Malmsten's, Schaeffer's, Semon's, Stoker's, Tobold's schon längst an Kehlkopfcarcinom zugrunde gehen müssen! —

Wäre es aber nötig, der Behauptung von dem Einfluss intralaryngealer Operationen auf das Vorkommen der in ganz vereinzelten Fällen tatsächlich erfolgenden Umbildungen gänzlich den Gnadenstoss zu versetzen, so geschähe dies, viertens, durch den Vergleich des Verhältnisses der spontanen Umbildungen zu der Gesamtzahl der überhaupt nicht operierten Neubildungsfälle, gegenüber dem Verhältnisse der nach intralaryngealen Operationen erfolgten Umbildungen zu der Gesamtzahl dieser Operationen.

Es ist in dem betreffenden Abschnitte (IX.) von dem Herausgeber selbst hervorgehoben worden, dass die Fälle spontaner Transformation naturgemäss mehr oder minder zweifelhaft sind. Aber sie sind sicher nicht zweifelhafter, als der grössere Teil der eingesandten Transformationsfälle nach intralaryngealen Operationen. Nehmen wir nun einfach die uns zur Disposition gestellten Zahlen als gegeben an, und berechnen wir einerseits die Proportion der spontanen Degenerationen gegenüber den nicht operierten Fällen, andererseits das Verhältnis der nach intralaryngealen Operationen degenerierten Fälle zur Gesamtzahl der intralaryngealen Operationen, so kommen wir zu folgendem, ausserordentlichem Ergebnis:

Nicht operierte Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen:		Intralaryngeal operierte Fälle von gutartigen Kehlkopfneubildungen:	
Gesamtzahl	2531	Gesamtzahl	8216
Spontane Degeneration . .	12	Degeneration nach Operationen	33
Verhältnis = 12 : 2531		Verhältnis = 33 : 8216	
= 1 : 211		= 1 : 249	

d. h. **es sind etwas mehr spontane Degenerationen in den nicht operierten Fällen erfolgt, als postoperative Degenerationen in den intralaryngeal operierten!!**

Und hierbei ist die nach analogen Verhältnissen — spontane Krebsbildung in seit langen Jahren bestehenden, nie operierten Kröpfen — vorhandene Wahrscheinlichkeit noch gar nicht berücksichtigt, dass sich in den postoperativen Degenerationsfällen die Umbildung auch vollzogen haben würde, wenn die betreffenden Neubildungen nie operiert worden wären! — —

Genug — von welchem Standpunkte wir auch immer die Frage des behaupteten Einflusses intralaryngealer Operationen auf das Zustandekommen der überhaupt enorm seltenen Fälle von Degeneration gutartiger Kehlkopfgeschwülste zu bösartigen untersuchen mögen, immer werden wir mit logischer Notwendigkeit zu dem Schlusse gedrängt: **dass ein solcher Einfluss absolut nicht existiert!** —

Sind wir auch noch im Unklaren darüber, welches der geheimnisvolle Einfluss ist, infolgedessen, wie der Krebs überhaupt, so Umwandlungen gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige sich entwickeln — des einen sind wir jetzt sicher: „dass wir“ — um bei den Worten unseres Vorberichts (Centralblatt V, S. 46) zu bleiben — „die segensreiche Errungenschaft Victor v. Bruns' ruhig weiter zum Besten von Tausenden von Kranken verwenden dürfen, ohne fürchten zu müssen, eine unschuldige Neubildung in eine bösartige zu verwandeln.“

Somit hat die Sammelforschung die beiden Fragen, zu deren Lösung sie unternommen wurde, ebenso vollständig wie befriedigend beantwortet. Die Grundfrage freilich: warum in jenen seltenen Fällen, von denen sie zu berichten hatte, die bösartige Umwandlung erfolgt sei, — hat sie ihrer Klärung nicht näher zu führen vermocht, doch war dies selbstverständlich nicht zu erwarten[1]). Die Antwort auf diese Frage dürfte eines Tages von einer anderen als der klinischen, vermutlich von der bakteriologischen Seite zu erhoffen sein! —

1) So sicher liess sich bei unserer gegenwärtigen Unbekanntschaft mit dem eigentlichen Grunde der Krebsentwickelung voraussehen, dass eine befriedigende Antwort auf etwaige Fragen nach dem vermuteten Grunde der Umwandlung in den einschlägigen, zu berichtenden Fällen nicht würde gegeben werden können, dass der Herausgeber es bewusster Weise unterliess, eine bezügliche Frage in den Fragebogen aufzunehmen.

Dagegen hat die Sammelforschung, abgesehen von ihrem Hauptzweck, andere wichtige klinische und pathologische Ergebnisse in ihrem Gefolge gehabt.

Klinisch hat sie nicht nur unsere Kenntnis einzelner Formen des Kehlkopfs erweitert, nicht nur die verhältnismässige Häufigkeit des Stimmbandkrebses etabliert, und unsere Aufmerksamkeit auf einige bisher wenig beachtete, jedoch für die Diagnose in den frühen Stadien wesentliche Symptome gelenkt, sondern vor allen Dingen die bisher durchaus nicht allgemein bekannte und gewürdigte Tatsache bekräftigt, dass bösartige Kehlkopfneubildungen, bisweilen fast bis zum Ende des Falles, vollständig unter dem laryngoskopischen Bilde gutartiger verlaufen können. Die Lehrbücher der Laryngologie dürften diese Tatsachen in Zukunft eindringlicher zu betonen, auf die klinische Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs gründlicher einzugehen haben, als dies bisher für notwendig gehalten worden ist.

Pathologisch hat die Sammelforschung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente ihre richtige Stellung bei der Abwägung der diagnostischen Merkmale angewiesen — eine Stellung, die gleich weit entfernt von massloser Ueberschätzung wie von unverdienter Geringschätzung ist. Sie hat die Aufmerksamkeit auf die bisher — soweit der Kehlkopf betroffen ist — fast ganz vernachlässigten Mischgeschwülste gelenkt und hiermit auf die vielleicht[1]) wichtigste Fehlerquelle der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente hingewiesen. Sie hat aufs Neue gelehrt, dass nicht dem Pathologen, sondern dem Kliniker die Verantwortlichkeit für die Diagnose zukommt! — Denn nicht den Pathologen trifft die Schuld, wenn das Ergebnis seiner Untersuchung infolge davon ein trügerisches sein sollte, dass die minimalen Stücke, die ihm zur Verfügung stehen, gerade nicht der schlimmen Stelle angehören. Wohl aber würde den Laryngologen mit Recht ein schwerer Vorwurf treffen, wenn er im blinden Vertrauen auf das mikroskopische Ergebnis etwaige Warnungen des klinischen Befundes und Verlaufes so lange in den Wind schlagen wollte, bis es zur Radikaloperation zu spät ist[2]). In welcher Weise in solchen zweifelhaften Fällen vorzugehen sein dürfte, haben wir zum Schlusse des V. Abschnittes zu skizzieren versucht.

---

1) Einer ketzerischen Frage, die sich ihm beim Studium mancher Fälle der Sammelforschung, speziell der Beschorner'schen (vgl. Abschnitt VII, S. 147 u. ff. und X, 184), wiederholt aufgedrängt hat, muss der Herausgeber hier doch gedenken, auf die Gefahr hin, von seinen pathologischen Freunden gehörig abgekanzelt zu werden. Es ist die: Gibt es vielleicht eine gewisse Klasse von Fällen, welche histologisch täuschend Carcinomen gleichen und doch keine sind? Und umgekehrt: Gibt es vielleicht Fälle, welche nur klinisch, nicht aber histologisch die Charaktere der Bösartigkeit aufweisen? — — —

2) Vgl. über diesen Punkt auch Virchow's lichtvolle Auseinandersetzungen in seiner Arbeit: „Zur Diagnose und Prognose des Carcinoms". Archiv für pathologische Anatomie. Bd. CXI. H. 1. Separatabdruck. S. 15.

An die Frage der Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente knüpfen sich naturgemäss zwei andere an, deren Erledigung zu den nächsten Aufgaben der Laryngologie gehören dürfte, nämlich die Fragen:

1. Ist die intralaryngeale Entfernung von Fragmenten bei verdächtigen Fällen zu bloss diagnostischen Zwecken ein zulässiges Vorgehen?
2. Soll, falls das Mikroskop die krebsige Struktur eines explorativ entfernten Fragmentes festgestellt hat, bei kleinen und anscheinend wohlbegrenzten Neubildungen der Versuch gemacht werden, dieselben intralaryngeal zu exstirpieren, ehe zur Laryngofissur und Entfernung der Neubildung durch die Wunde, resp. zur halbseitigen Kehlkopfexstirpation geschritten wird? —

Diese beiden, innig zusammengehörigen Fragen bilden in diesem Augenblick ein streitiges Gebiet, auf welches weitere Erfahrungen Licht werfen müssen.

Wie unseren Lesern nämlich bekannt (vgl. Centralblatt IV, S. 367 und VI, S. 260), hat Kollege D. Newman (Glasgow), dessen reiche Erfahrungen hinsichtlich des Kehlkopfkrebses und spezielle, pathologische Studien des Krebses überhaupt ihn in ganz hervorragendem Maasse zu achtungsvollem Gehör in dieser Frage berechtigen, bereits wiederholt auf die Bedenklichkeit selbst anscheinend unbedeutender, intralaryngealer Eingriffe beim Kehlkopfkrebs hingewiesen und diese Bedenklichkeit durch selbsterlebte Fälle illustriert. So fand er bei einem Falle (l. c.), in welchem vor der Vornahme der intralaryngealen Exploration die maligne Neubildung strikt auf den Kehlkopf beschränkt war, dass nur 10 Tage nach derselben eine Metastase in einer Lymphdrüse an der operierten Seite des Halses erfolgt war. — In einem anderen Falle erfolgte ein gleiches Ereignis 17 Tage nach der Probeoperation. — Auf solche Erfahrungen gestützt, hat Newman den Satz aufgestellt: dass intralaryngeale Operationen bei Fällen vermuteten Kehlkopfkrebses nur dann vorgenommen werden sollten, wenn der Patient seine Zustimmung zur sofortigen Vornahme einer Radikaloperation gäbe, falls die mikroskopische Untersuchung der entfernten Fragmente die Diagnose der Malignität bestätigen sollte.

In einer ebenso durch Originalität wie durch Gründlichkeit ausgezeichneten Arbeit „Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung“ (Deutsche med. Wochenschrift 1889, No. 1—6), die während der Veröffentlichung der Ergebnisse der Sammelforschung erschienen ist, eine äusserst wertvolle Ergänzung derselben bildet, und von jedem Laryngologen im Original studiert werden sollte, tritt B. Fränkel den Ansichten Newman's gegenüber. Er erkennt an (l. c. Separat-Abdruck, S. 47), dass die Beobachtungen desselben alle Beachtung verdienen würden, wenn solche Vorkommnisse häufiger beobachtet werden sollten. Vorderhand aber deutet er Newman's Beobachtungen nur als „ein zufälliges zeit-

liches Zusammentreffen, welches dem Beobachter auffiel, weil er es kurz hintereinander zweimal erlebte." Lymphdrüsenschwellungen am Halse kämen bekanntlich beim Kehlkopfkrebs auch ohne einen endolaryngealen Eingriff vor. Um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Schwellung und der Operation anzunehmen, dazu müsste das Zusammentreffen beider häufiger und in kürzerer Zeitfolge beobachtet werden. Die im Verhältnis zu der Häufigkeit des Eingriffs isolierte Beobachtung Newman's könne in der Tat hierfür nicht als vollgültiger Beweis dienen und für unser Handeln bestimmend werden.

Soweit dem Herausgeber bekannt, sind bisher keine weiteren Fälle veröffentlicht worden, welche die Newman'schen Beobachtungen bestätigt hätten, und er selbst hat niemals einen derartigen Zusammenhang zwischen intralaryngealen Probeoperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen und Krebsmetastasen in benachbarten Lymphdrüsen wie den beschriebenen gesehen. Dagegen steht er selbst entschieden unter dem Eindruck, dass in verschiedenen seiner eigenen Fälle sich das Wachstum der Geschwulst selbst nach der Probeoperation in einem viel schnelleren Tempo vollzogen hat als vorher, und er ist jedenfalls ganz sicher, dass er nie die von Fränkel (l. c. S. 10 u. 18) gesehenen Heilungen der operativ gesetzten Wunden in Fällen, die sich als Krebs herausstellten, beobachtet hat. (Vgl. Abschnitt IV, S. 114.)

Die Beobachtung der Zunahme der Wachstumsschnelligkeit von bösartigen Kehlkopfgeschwülsten nach intralaryngealen Probeoperationen steht, seines Wissens, vollständig in Einklang mit den allgemeinen Ansichten der Chirurgen über die Folgen ungenügender, d. h. bloss teilweiser Entfernungen von Krebsen anderer Teile. Es erscheint als eine sehr einleuchtende Erklärung, dass die bei solchen Eingriffen unvermeidlich gesetzten Reize zu Hyperämie der anstossenden Teile führen und dass unter dem Einflusse dieser Hyperämie schnelleres Wachstum der zurückgebliebenen Geschwulstteile erfolgt. Fränkel selbst gibt eine solche Erklärung für die von ihm als bei Krebsen wenig geeignet bezeichnete Wirkung der Galvanokaustik zu. „Auch glaube ich beobachtet zu haben," sagt er (l. c. S. 48), „dass zurückbleibendes Krebsgewebe unter dem Einfluss der Hyperämie, welche die Abstossung der Eschara begleitet, zu schnellerem Wachstum gelangt." Sollte das nur für die Galvanokaustik und nicht ebenso gut für die anderen intralaryngealen Operationsmethoden gelten?

Die Sammelforschung hat diese wichtige Frage nicht entschieden. Obwohl der Verlauf verschiedener der berichteten zweifelhaften Fälle, die wir als wahrscheinlich primär bösartig anzusprechen hatten, darauf hindeutet, dass an die intralaryngealen operativen Eingriffe sich sofort ein rascheres Wachstum der Geschwulst angeschlossen hat, so ist, wohl infolge davon, dass der Herausgeber leider unterlassen hat, die Frage formell aufzustellen: ob ein solches schnelleres Wachstum sich nach einfachen Explorativoperationen zu vollziehen pflege? — eine direkte Ant-

wort auf dieselbe nicht erfolgt, und nur Kollege Max Schaeffer (Bremen) hat sie in einem Begleitbriefe bei Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens beiläufig berührt. Er schreibt nämlich: „Wenn ich zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung Teile aus für bösartig angesprochenen Geschwülsten entnehme, dann beobachte ich allerdings etwas rascheres Umsichgreifen, Ulcusbildung.“ — Das stimmt also völlig mit den Erfahrungen des Herausgebers überein.

Die wichtige Frage, an welche sich im Falle bejahender Beantwortung die Unterfrage anschliessen würde, ob in Fällen, in denen die geheimnisvolle Tendenz zum Uebergange einer gutartigen in eine bösartige Geschwulst schon vorhanden sei, diese Tendenz durch lokale Eingriffe beschleunigt werden dürfte, bedarf, wie man sieht, noch dringend weiterer Klärung[1]). Sollten die Beobachtungen Newman's, Schaeffer's und des Herausgebers vielfach bestätigt werden, so dürfte der oben mitgeteilte Satz des ersteren allgemein angenommen werden müssen; sollten die günstigeren Erfahrungen Fränkel's von anderen Seiten Bekräftigung finden, so wären wir um eine grosse Verantwortlichkeit erleichtert.

Ganz ähnlich steht es mit der zweiten Frage: ob nach Feststellung der krebsigen Natur einer kleinen, anscheinend wohlbegrenzten Neubildung der Versuch gemacht werden solle, dieselbe intralaryngeal zu exstirpieren, ehe zur Radikaloperation von aussen geschritten würde? —

Bekanntlich hat B. Fränkel im Jahre 1886 auf dem Chirurgen-Kongress zu Berlin einen Fall vorgetragen, den er als „Erste Heilung eines Larynxcancroids vermittelst Ausrottung per vias naturales“ in Langenbeck's Archiv, Bd. XXXIV, Heft 2 ausführlich publiziert hat. Die Geschwulst wurde von ihm zum ersten Male im Jahre 1881 und nach viermaligem Recidiv zuletzt im Jahre 1884 per vias naturales, eine krebsige Lymphdrüse am Halse des Patienten durch äussere Operation von Prof. Madelung entfernt. Die mikroskopische Untersuchung sowohl der intralaryngealen Geschwülste wie der exstirpierten Lymphdrüse stellte die Diagnose auf Carcinoma keratoides über allen Zweifel fest. Seit 1884 ist der jetzt 77 Jahre alte Patient vollkommen gesund und kann mit lauter Stimme sprechen.

Seitdem hat Fränkel die Exstirpation des Kehlkopfkrebses per vias naturales noch 5 mal versucht. Von diesen Fällen streicht er selbst den ersten, da ihm das fernere Schicksal des Patienten unbekannt geblieben ist. Von den übrig bleibenden 4 ist bei einem 68 Jahre alten Mann nach 2 Jahren ein Recidiv erfolgt, zwei Fälle sind, der eine dauernd, der andere seit 6 Monaten geheilt, und in dem vierten versagte das Verfahren, da nicht alle Tumormassen, namentlich nicht die subglottisch sitzenden, erreicht werden konnten. (Die Details sind in der ersterwähnten Arbeit Fränkel's, S. 41—44 nachzulesen.)

---

1) Der Herausgeber ist, wie aus allem Vorstehenden leicht ersichtlich, geneigt, die Unterfrage bejahend zu beantworten. Prof. Oertel drückt sich in einem interessanten Briefe zweifelnd über dieselbe aus.

Fränkel motiviert seine Empfehlung des endolaryngealen Verfahrens, das er, wie man sehen wird, nur für eine ganz gewisse Klasse von Fällen vorschlägt, folgendermassen (l. c. S. 45—49):

„Dass das endolaryngeale Verfahren an sich Vorzüge hat, ist unbestreitbar. Vor allen Dingen kann gar nicht bezweifelt werden, dass es für die Erhaltung der Funktion des Organes die grössten Chancen bietet. Dann aber wird der Patient dadurch nicht einmal einen Tag lang bettlägerig. Auch ist es gewöhnlich viel leichter, die Einwilligung des Patienten zu einer endolaryngealen Operation als zu einer blutigen Exstirpation zu erhalten, ganz besonders bei den Frühformen des Krebses, die hier allein in Frage kommen."

„Der einzige Nachteil, der der endolaryngealen Methode nachgesagt werden kann, ist, wie dies Gottstein und Krönlein hervorheben, der Umstand, dass sie weniger sicher sein soll. Im allgemeinen ist es der Tod einer Operationsmethode, wenn daneben eine sichere aufgestellt wird; in diesem speziellen Falle würde, auch wenn der Vorwurf der Unsicherheit ein begründeter wäre, sich doch immer noch ein Versuch mit dem endolaryngealen Verfahren lohnen."

„Denn der Patient wird dabei kaum in seinem Berufe gestört, wenn er sich des Sprechens dabei enthalten kann, und den anderen Operationsmethoden nichts vergeben. Gelingt das endolaryngeale Verfahren nicht, so kann sofort die partielle Exstirpation etc. stattfinden. Dass man auch endolaryngeal eine weit verbreitete Geschwulst ausrotten kann, beweist mein oben sub 4 mitgeteilter Fall. Wenn man wegen der verhältnismässig geringen Ausrottung von Gewebsteilen Einwendungen erheben will, so kann man schliesslich nur die Totalexstirpation empfehlen. Die ist unzweifelhaft das sicherste Verfahren; sicherer als die Exstirpation eines Stimmbandes oder die einer Kehlkopfhälfte, und doch wird niemand eine Totalexstirpation vorschlagen, wenn nur ein Stimmband befallen zu sein scheint! Dass aber der Patient nach dem endolaryngealen Verfahren eine geraume Zeit seinen Kehlkopf einer ärztlichen Kontrolle unterstellen muss, ist ein Nachteil, der allen Methoden der Krebsoperation anhaftet, auch der partiellen oder halbseitigen Exstirpation."

„Ich halte aber das endolaryngeale Verfahren nicht für unsicher. Ich lasse für dasselbe ebenso, wie für jede Krebsoperation, als conditio sine qua non die Forderung zu, dass alles Krankhafte entfernt werden muss. Das endolaryngeale Verfahren ist deshalb nur dann zulässig, wenn das laryngoskopische Bild es wahrscheinlich macht, dass die Geschwulst per vias naturales in toto entfernt werden kann, und dass, was zurückgelassen wird, durchaus gesund ist. Nur gegen solche Frühformen des Krebses, von denen zu vermuten ist, dass sie mit demselben bis auf den letzten Rest zu entfernen sind, darf das endolaryngeale Verfahren angewandt werden. Denn jedes, auch das geringste Krebspartikelchen, welches zurückbleibt, macht ein Recidiv. Wenn die

Chirurgen diese Methode für unsicher halten, so liegt dies zum Teil daran, dass ihnen Bilder vorschweben, wie sie ihnen bei der partiellen oder Totalexstirpation meist unter das Messer kommen, alte, weit verbreitete Krebse. Diejenigen Formen, bei denen die endolaryngeale Methode noch Erfolg verspricht, sehen die Chirurgen selten."

„Ich habe es erlebt, dass ein Chirurg, der sonst das endolaryngeale Verfahren gegen Krebs für unsicher hält, als ich ihm einen Fall von Larynxkrebs zur partiellen Exstirpation zuführte, beim Laryngoskopieren desselben mir sagte: „Das müssen Sie aber doch noch endolaryngeal entfernen können!" — was ich leider verneinen musste. Es kommt dabei alles auf die Auswahl der Fälle an! Im ulcerativen Zerfall begriffene Krebse z. B., oder Carcinome mit Unbeweglichkeit des Aryknorpels, kurz alle Fälle, bei denen ein erheblicheres Eindringen in die Tiefe zu vermuten ist, würde ich nicht mehr endolaryngeal operieren. Dagegen ist das endolaryngeale Verfahren anwendbar in Fällen von Carcinoma polypoides von kleinerem Umfange, die so sitzen, dass sie endolaryngeal erreicht werden können, und ganz besonders in Fällen von Carcinoma diffusum."

. . . .

„Was die Recidive nach dem endolaryngealen Verfahren anlangt, so sind dieselben lokal oder regionär, ebenso wie nach der Exstirpation durch Laryngofissur. Auch bei von aussen eröffnetem Kehlkopf ist die Grenze zwischen Gesundem und Krankem nicht leichter zu sehen, wie vermittels des Kehlkopfspiegels. Wenn die Vorstellung vorhanden ist, dass nach dem äusseren Schnitt Recidive seltener eintreten, so liegt die Voraussetzung zugrunde, dass dabei in weiterer Entfernung vom Kranken operiert werden kann, also relativ mehr gesundes Gewebe mit entfernt wird. Aus demselben Grunde haben die Recidive nach der Laryngofissur eine grössere Bedeutung, weil sie eine Wiederholung der Operation erschweren oder unmöglich machen. Recidive nach dem endolaryngealen Verfahren verändern gewöhnlich die Möglichkeit des operativen Eingriffs in keiner Weise. Es muss jedoch dabei jedesmal reichlich erwogen werden, ob noch ein weiterer Versuch mit dem endolaryngealen Verfahren gemacht werden kann, oder die Laryngofissur indiziert erscheint."

„Eine sehr bezeichnende Erscheinung ist es, dass manche an der selbst gestellten Diagnose Krebs zweifelhaft werden, lediglich deshalb, weil der Fall zur Heilung gelangt. Es ist anzunehmen, dass viele Laryngologen in ihren täglichen Notizen Fälle verzeichnet finden, in denen die Untersuchung von Kehlkopfgeschwülsten, die sie exstirpiert hatten, Carcinom ergeben hat, während sie später das Resultat der mikroskopischen Untersuchung in Zweifel gezogen haben, weil kein Recidiv erfolgte. Es hat eine Zeit gegeben, in der es mit der Tuberkulose gerade so war. Wenn ein Geschwür heilte, so galt es nicht mehr als tuberkulös, auch wenn es noch so typisch ausgesehen hatte. Das

Vorkommen von Heilungen tuberkulöser Ulcerationen ist erst dann allgemein zugegeben worden, als durch die Tuberkelbazillen ein Kennzeichen entdeckt war, welches jeden Zweifel hinfällig machte. Auch beim Krebs ist ein ähnliches Vorurteil vorhanden. In den von mir mitgeteilten Fällen ist aber immer der mikroskopische Befund nur eindeutig gewesen. Fälle, in denen irgend ein Zweifel an der Richtigkeit der mikroskopischen Diagnose obwalten kann, habe ich von vornherein ausgeschlossen. Das mikroskopische Bild des Krebses ist aber so wohl gekennzeichnet, dass, wenn die betreffenden Fälle nicht mehr als Krebs gelten sollen, wir alle in Bezug auf das Carcinom noch einmal umlernen müssen."

„Wenn ich somit für eine beschränkte Anzahl von Frühformen des Krebses empfehle, dieselben endolaryngeal auszurotten, so bin ich mir der Verantwortlichkeit, die der Laryngologe dabei auf sich nimmt, voll und ganz bewusst. Ich ersuche meine Kollegen, sich ebenfalls mit diesem Gefühl der Verantwortlichkeit zu durchdringen, damit niemals ein Chirurg, der den betreffenden Fall später in Behandlung bekommt, dem Kehlkopfarzte den Vorwurf „zu spät" machen kann! Dieser Vorwurf würde dann berechtigt sein, wenn durch die Versuche der Ausrottung per vias naturales dem Krebs hinlängliche Zeit gelassen worden wäre, sich weiter zu verbreiten, so dass wichtige Teile des Kehlkopfs, z. B. Knorpel, mit exstirpiert werden müssten, die vorher hätten erhalten werden können, oder gar wenn durch diese Versuche die richtige Zeit für die partielle Exstirpation verpasst worden wäre!" — —

Nach dieser wohldurchdachten, alle Eventualitäten in ihr Bereich ziehenden Motivierung wird sicher niemand dem Autor den Vorwurf machen können, dass er seinen kühnen Vorschlag ohne die gewissenhafteste Erwägung vorgebracht habe. Und er ist zu demselben um so mehr berechtigt, als er sich nicht nur auf theoretische Erwägungen, sondern auf seine oben mitgeteilten, sicherlich ermutigenden praktischen Ergebnisse stützen kann.

Auch stehen dieselben nicht vereinzelt da. Abgesehen von den Erfolgen bei der intralaryngealen Operation von Sarkomen[1]) hat kürzlich Schnitzler[2]) einen völlig einwandfreien Fall von 20 Jahre hindurch bestehender Heilung eines Kehlkopfcancroids mittels intralaryngealer galvanokaustischer Applikationen mitgeteilt, während der interessante Fall des Herausgebers, in welchem eine blosse Explorativoperation bei einem über 70jährigen Greise ganz unvermuteter Weise dauernde, jetzt schon seit $2^1/_2$ Jahren bestehende Heilung herbeiführte, in der Einleitung der Sammelforschung S. 84 (es ist der dritte dort erwähnte Fall) wie in seinem weiteren Verlaufe in der Novembernummer 1889 des Centralblattes, S. 261 kurz beschrieben worden ist.

---

1) Vgl. z. B. den glänzenden Fall Schech's: Archiv für klinische Medizin. Bd. 16. 1875.

2) Zur Frage der endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses. Internat. klinische Rundschau. No. 43 u. 45. 1888.

Es liegen somit in diesem Augenblicke zum mindesten 6 Fälle vor, in denen Kehlkopfkrebse durch intralaryngeale Operationen dauernd geheilt sind[1]).

Wenn der Herausgeber nichtsdestoweniger und trotzdem, dass einer dieser Fälle ihm selbst gehört, seine gegenwärtige Stellung dem Vorschlage seines Freundes Fränkel gegenüber als eine durchaus abwartende bezeichnen muss, so ist der Grund folgender:

Trotz der Ausführungen Fränkel's Gottstein und Krönlein gegenüber kann er sich gegenwärtig noch nicht zu dem Glauben bekehren, dass das intralaryngeale Verfahren irgend welche Sicherheit bei Krebsen verspricht. Vortrefflich geeignet zur Entfernung von Auswüchsen von der Oberfläche bietet es keine Gewähr gründlicher Ausrottung aus der Tiefe. Nun ist es aber gerade das Characteristicum des krebsigen Prozesses gutartigen Neubildungen gegenüber, dass er sich nur teilweise auf der Oberfläche abspielt, teilweise aber, und zwar gewöhnlich zum grösseren Teile in die Tiefe der Gewebe eindringt. Es wird daher voraussichtlich nur in Ausnahmefällen möglich sein, ihn mittelst intralaryngealer Operationen radikal auszurotten; ein Fall, wie der des Herausgebers, in welchem es gelang, die ganze Neubildung mit einem einzigen Zangengriff zu entfernen, wird als ein ganz besonderer Glücksfall zu betrachten sein. In manchen Fällen wird es schon während der Operationen ersichtlich werden, dass man nicht alles Krankhafte intralaryngeal zu exstirpieren vermag, und selbst wenn dies gelingt, wird man stets auf Recidive gefasst sein müssen, da wohl von keiner Seite bestritten werden wird, dass man niemals sicher sein kann, alles Krankhafte entfernt zu haben.

Nun wäre es ja an sich noch kein Unglück, wenn ein Recidiv erfolgte, vorausgesetzt, dass man dasselbe stets unter Kontrolle behalten könnte. Aber abgesehen davon, dass es sowohl in der Privatpraxis wie in der poliklinischen oft grosse Schwierigkeiten haben dürfte, die Patienten nachher lange genug und oft wiederholt unter der absolut notwendigen Kontrolle zu halten, ist selbst damit ganz und gar nicht die Sicherheit gegeben, dass die Kontrolle eine wirklich erfolgreiche ist!

Denn gerade darin unterscheiden sich die Ansichten des Herausgebers in dieser Frage von denen seines Freundes Fränkel, dass er es nach seinen eigenen Erfahrungen bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse in vielen Fällen für schlechterdings unmöglich hält, die Sachlage laryngoskopisch so genau zu überwachen, wie dies Fränkel im letzten, oben zitierten Absatze seines Vorschlages fordert! —

Es hat auf den Herausgeber tiefen und jedesmal erneuten Eindruck gemacht, dass bei **allen** äusseren Radikaloperationen (Laryngo-

---

1) Irrtümlicher Weise ist bei der Besprechung des Beschorner'schen Falles (vgl. X., 3) der Name J. Solis Cohen's unter denjenigen genannt worden, die Fälle von Kehlkopfkrebs durch intralaryngeale Operationen zur Heilung gebracht haben. Dies Versehen sei hiermit berichtigt. Anm. des Herausgebers.

fissur, partieller totaler Kehlkopfexstirpation) zur Entfernung von Kehlkopfkreben, bei denen er gegenwärtig gewesen ist[1]), mit alleiniger Ausnahme des Falles des Mr. M. W., sich nach Eröffnung des Kehlkopfs die Neubildung **beträchtlich** weiter vorgeschritten zeigte, als man dies nach der laryngoskopischen Untersuchung erwarten konnte! — Und es handelte sich bei allen diesen Fällen nicht etwa um veraltete, dem laryngoskopischen Bilde nach weit verbreitete Krebse, sondern um solche Frühformen, dass vorausgesetzt werden konnte, dieselben würden nur eine wenig umfangreiche Radikaloperation erfordern!

Der Herausgeber kann sich in diesem Augenblick fünf solcher Fälle erinnern.

Darin liegt ja an sich nichts Wunderbares: immer von neuem muss hervorgehoben werden, dass der krebsige Prozess sich gewöhnlich nur zum kleineren Teil auf der Oberfläche abspielt; der grössere, der in die Tiefe dringende, entzieht sich naturgemäss oft nicht nur den Instrumenten des Laryngologen, sondern selbst der laryngoskopischen Beobachtung, zumal wenn er, wie leider nur allzu häufig, im subglottischen Raume vor sich geht.

Gerade hierdurch aber wird nach der Ansicht des Herausgebers das Bedenkliche in dem Fränkel'schen Vorschlage bedingt. Es wird oft absolut nicht gewährleistet werden können, dass das Recidiv resp. das Weiterfortschreiten des Prozesses in die Tiefe sich dem Auge des Beobachters zu einer solchen Zeit kundgeben wird, dass noch eine weniger eingreifende äussere Radikaloperation mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden kann! So dürfte das verhängnisvolle „Zu spät!“ des Chirurgen öfters unvermeidlich werden! Bestätigen sich aber gar die Beobachtungen Schaeffer's und des Herausgebers und vor allen Dingen diejenigen Newman's (vgl. oben), so würden der verhältnismässig geringen Chance dauernden Erfolges die Bedenken der operativ erzeugten direkten Verschlimmerung der Sachlage gegenüberstehen! —

Nun möchte aber der Herausgeber gerade an dieser Stelle um keinen Preis missverstanden werden. Es hat immer etwas sehr Missliches mit theoretischen Bedenken neuen aussichtsvollen Vorschlägen entgegenzutreten und möglicherweise den Fortschritt der Wissenschaft und der Therapie dadurch zu verzögern. Wie wir heute über die Bedenken lächeln, welche noch vor verhältnismässig wenigen Jahren vielen segensreichen Operationen entgegengebracht wurden, die sich jetzt volles Bürgerrecht erworben haben — man denke nur an die Ovariotomie — so mag in wenigen Jahren die intralaryngeale Chirurgie des Kehlkopfkrebses so glänzende Resultate aufzuweisen haben, dass alle theoretischen Bedenken denselben gegenüber verstummen müssen. Niemand wird sich herzlicher über eine solche praktische Widerlegung seiner Befürchtungen freuen als

1) Die Fälle kamen teilweise in seiner eigenen Praxis, teilweise in der von Freunden vor.

der Herausgeber. Wie aber die Sachen jetzt stehen, schien es ihm geboten, bei einer Gelegenheit, wie der vorliegenden, mit einer Präzisierung seines gegenwärtigen Standpunktes nicht zurückzuhalten. Mögen die Erfahrungen der kühnen Laryngologen, welche ohne Zweifel Fränkel's Ratschläge in Tatsachen umsetzen werden, dazu beitragen, bald seine gegenwärtige Reserve in ebenso grosse Hoffnungsfreudigkeit zu verwandeln!*) —

Mit diesem Ausblick in die Zukunft schliesse unser Bericht über die Sammelforschung des Centralblattes. Die Teilnehmer an derselben werden sich ohne Zweifel durch die Ergebnisse derselben für die von ihnen aufgewendete Mühe genugsam belohnt fühlen. Der Herausgeber kann es sich aber nicht versagen, ihnen allen noch einmal an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank für die Bereitwilligkeit, mit welcher sie seinem Aufrufe nachgekommen sind, auszusprechen.

Die Sammelforschung hat gezeigt, was unsere Spezialität „Viribus unitis“ zu leisten vermag. Möge diese vereinte Tätigkeit in Zukunft noch viele schöne Früchte zeitigen!

---

*) Dies ist nicht geschehen. Im Gegenteil haben mir bekannt gewordene, höchst bedauerliche Fälle intralaryngealer Entfernungsversuche von Kehlkopfkrebsen, in denen sich meine obigen Bedenken tatsächlich bestätigten, meine ursprünglich abwartende Haltung allmählich in eine völlig ablehnende verwandelt. (Vgl. weiterhin p. 329 u. ff., und p. 351). (F. S. 1912.)

III.

Ueber Blutgerinnsel, welche Neubildungen des Kehlkopfs vortäuschen*).

Während Kehlkopfblutungen, sei es auf der freien Oberfläche oder in den Weichteilen des Organs, obwohl verhältnismässig nicht häufig, doch ziemlich wohl bekannt sind, sind Blutcoagula, welche echte Neubildungen im Inneren des Kehlkopfs vortäuschen, bisher meines Wissens nicht beschrieben worden. Da ich im Laufe der letzten sieben Jahre dreimal solche Gerinnsel beobachtet, und jedesmal anfänglich einen Irrtum hinsichtlich der wahren Natur der vorliegenden Geschwulst begangen habe, so halte ich es für wünschenswert, die Aufmerksamkeit der Laryngologen auf diese wenig bekannte Tatsache zu lenken. Zu diesem Zwecke werde ich zunächst meine beiden ersten Beobachtungen, die schon an anderer Stelle veröffentlicht worden sind, kurz rekapitulieren, und sodann einen neuen, kürzlich beobachteten Fall hinzufügen.

Beobachtung I. Dieser Fall ist bereits detailliert unter den Titeln: „Anomaler Kehlkopftumor" und „Folge der Beobachtung eines anomalen Kehlkopftumors" in den „Transactions of the Pathological Society of London" (Vol. LII, 1891 und Vol. LV, 1894) beschrieben worden. An dieser Stelle werde ich nur diejenigen interessanten Punkte namhaft machen, welche auf die gegenwärtig zur Diskussion stehende Frage Bezug haben.

Der Patient, ein 44**) jähriger Mann, konsultierte mich im April 1891 mit einem Einführungsbrief von Dr. Malbranc in Neapel. In diesem Briefe benachrichtigte mich Dr. Malbranc, dass der Kranke seit 10 Wochen an einem Gefühl von Kitzeln und von Fremdkörper im Halse gelitten habe; dass eine dunkelbläuliche, gebuckelte, sonst aber glatte Geschwulst auf der hinteren Oberfläche des linken Giessbeckenknorpels flottierend gefunden worden sei; und dass diese Geschwulst aus erektilem Gewebe zu bestehen schiene, da ihre Farbe wechsle, und da ihre Grösse von der einer Erbse bis zu der einer Maulbeere variiere. Dr. Malbranc

*) Veröffentlicht unter dem Titel: „Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx" in den Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx etc. Vol. XXV. No. 3. März 1899.

**) Im Original ist infolge eines Druckfehlers das Alter auf 54 Jahre angegeben.

hatte eine Konsultation mit Prof. Massei gehabt, der festgestellt hatte, dass sich die Basis des Tumors im linken Sinus pyriformis befand, d. h. in derselben Situation, in der eine ähnliche von Sir Morell Mackenzie beschriebene Geschwulst gefunden worden war. Die Ansicht der beiden Kollegen ging dahin, dass der Tumor die Charaktere eines Angioms, möglicherweise alten Datums, aufwiese, das sich neuerdings weiter entwickelt habe.

Meine Untersuchnng bestätigte vollständig die von Dr. Malbranc gegebene Beschreibung. Eine ziemlich pralle, blaue, gebuckelte Geschwulst von der Grösse einer Brombeere verdeckte die linke Kehlkopfhälte, indem sie vom Sinus pyriformis in das Kehlkopfinnere herabhing*). Sie war deutlich gestielt und eine nach Cocainapplikation vorgenommene Sondenuntersuchung zeigte, dass sie von der linken arytaeno-epiglottischen Falte ausging. Nach dem, was ich in den Lehrbüchern der Laryngologie über das Angiom des Kehlkopfs, eine äusserst seltene Form von Larynxtumor gelesen hatte — ich selbst hatte niemals einen Fall dieser Art gesehen —, schien es mir, als wenn diese Geschwulst alle Charaktere eines solchen aufwiese. Die Entfernung bot keine Schwierigkeiten dar. Nach vorgängiger Cocainisierung glückte es, beim ersten Versuch die Basis des Tumors in die galvanokaustische Schlinge einzuschnüren, und bei dunkler Rotglühhitze durchzubrennen. Die befürchtete Hämorrhagie erfolgte nicht, und die Entfernung der Geschwulst war absolut schmerzlos. Die Geschwulst war mit einem ziemlich starken Stiel am Ende der arytaeno-epiglottischen Falte dicht an der Basis der Epiglottis inseriert. Die Wunde heilte sehr schnell und wenige Tage nach der Operation war die Stelle, wo der Tumor gesessen hatte, nicht mehr zu erkennen.

Mr. Shattock gab folgende Beschreibung der in Alkohol präparierten Geschwulst:

„Ein rundlicher Tumor, der in seinem längsten Durchmesser 1,5 cm beträgt. Seine Oberfläche ist völlig glatt, dunkelrot. Auf dem makroskopischen Durchschnitt erkennt man eine weisslichere Portion, die einen oberflächlichen gelappten oder papillären Rand zeigt; dieselbe ist aber in eine rötliche strukturlose Substanz eingeschlossen, welche überall die wirkliche Oberfläche der Geschwulst bildet und sich mit den Teilen vermischt, welche die wichtigste Portion des Durchschnitts darstellen.“

„Histologisch ist die Geschwulst ein Papillom, eingeschlossen in extravasiertem Blut. Das Coagulum besteht in einem innigen Gemenge von grossen, feinen, hyalinen Fibrinfasern, welche rote Blutkörperchen einschliessen, und von überaus zahlreichen Leukocyten durchsetzt sind, welche ihrer Zahl nach offenbar Blutkörperchen darstellen, die aus den Gefässen in die abgestorbene Substanz des Gerinnsels ausgewandert sind.

*) Eine Abbildung der Geschwulst ist in der weiterhin in diesem Bande abgedruckten Arbeit: „Ein Beitrag zur Diagnose des Kehlkopfkrebses“ gegeben. Vgl. Fig. 10. Der Fall ist dort als Fall 9 berichtet.

Das eigentliche Gewebe der Geschwulst ist von auffallender Zartheit und ähnelt hierin mehr den Papillomen der Blase, als denen, die man gewöhnlich in den Luftwegen antrifft. Es besteht aus lockerem Bindegewebe, welches in langen schmalen Streifen angeordnet ist, die mit Epithel bekleidet, und von einander durch grosse Zwischenräume getrennt sind. Letztere sind mit extravasiertem Blut angefüllt, welches mit der Blutkapsel kommuniziert, welche die allgemeine Oberfläche bildet. Man kann den Verlauf des Gerinnsels weithin in die Geschwulst verfolgen; dasselbe vermischt sich aber nirgendswo mit den Fortsätzen der Geschwulst und zeigt keine Tendenz, sich zu organisieren. Es ist daher nirgendswo von Granulations- oder Bindegewebe durchsetzt und findet sich überall von der Neubildung durch das die letztere bedeckende Epithel getrennt.“

Bei der Besprechung der Eigentümlichkeiten dieser Geschwulst sagte ich in meiner ersten Arbeit unter anderem:

„Das Auftreten einer spontanen Hämorrhagie in einem Falle von Kehlkopfpapillom ist meiner Erfahrung und meiner Kenntnis der laryngologischen Literatur nach ein Unicum. Obgleich die analogen Geschwülste der Blase regelmässig zu spontanen Blutungen führen, so ist bisher, soweit ich weiss, kein ähnliches Ereignis von Seiten des Kehlkopfs berichtet worden.“

„Die Bildung einer vollständigen Blutkapsel um ein Papillom herum, welche das klinische Bild des letzteren versteckt und ein Angiom vortäuscht, ist ebenfalls ein Unicum, welches künftige Beobachter nicht aus dem Gesicht verlieren dürfen.“

Vier Monate nach der Operation klagte der Patient über Fortdauer der Schmerzen beim Schlingen, an denen er bereits vor dem Eingriff gelitten hatte. Als ich ihn fünf Monate nach der Operation wiedersah, fand ich, dass die Geschwulst nicht allein recidiviert war, sondern gegenüber ihrer früheren Erscheinung beträchtlich zugenommen hatte. Sie hatte nunmehr die Grösse einer starken Haselnuss und verursachte neben Deglutitionsbeschwerden auch Anfälle von Atemnot. Abgesehen von ihrer Volumszunahme war ihr Aussehen völlig identisch mit dem des primären Tumors. Nachdem ich sie von neuem mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen hatte, zeigte sich eine kompakte, fast kugelrunde Masse, deren Hauptdurchmesser nahezu 1 cm betrug, und die makroskopisch und mikroskopisch dieselben Charaktere zeigte, die oben beschrieben worden sind. Bei der histologischen Untersuchung sah man, dass eine zarte papilläre Geschwulst vorlag, die vollständig von geronnenem Blut eingeschlossen war, welches sich auch zwischen die einzelnen Fortsätze des Tumors erstreckte. Angesichts der Tatsache, dass sich die Geschwulst nicht nur unter das Niveau der Oberfläche fortsetzte, sondern auch tief in das Corium und in das darunterliegende entzündliche Gewebe eindrang, sprach Mr. Shattock mit aller Reserve die Vermutung aus, dass diese anomale Neubildung aller Wahrscheinlichkeit nach einen papillären Krebs darstelle, der von den Schleimdrüsen

ausgegangen sei, ähnlich den Ductcarcinomen der Brust. (Diese Meinung wurde, wie ich hinzufügen möchte, von dem zur Untersuchung krankhafter Geschwülste seitens der Londoner Pathologischen Gesellschaft niedergesetzten Comité geteilt. Vgl. Transactions of the Pathological Society of London, Vol. LV, 1894, p. 41.) Der Vollständigkeit halber erwähne ich, dass ich die Pharyngotomia subhyoidea ausführte und die Basis der Geschwulst gründlich exzidierte. Der Kranke starb fünf Tage nach der Operation in sich allmählich entwickelndem Coma; seine Temperatur zur Zeit des Todes betrug 40,4°. Bei der Autopsie fand sich intensive Kongestion und Oedem des Gehirns, ohne dass das Auftreten dieser Erscheinungen zu erklären gewesen wäre. — Ausser den oben genannten weist der Fall noch viele andere interessante Punkte auf, und gab zu einer sehr erregten Diskussion über die Frage: ob es sich um die bösartige Degeneration einer ursprünglich gutartigen Neubildung oder um primäre Bösartigkeit gehandelt habe, — nicht nur in der Londoner Pathologischen Gesellschaft, sondern auch in den Spalten des New York Medical Journal vom Jahre 1894 Veranlassung. So interessant aber diese Frage an sich war, so hat sie nichts mit der uns hier beschäftigenden zu tun, und ich muss die Leser, die sich mit dem Falle in seiner Gesamtheit vertraut zu machen wünschen, auf Mr. Shattock's und meine Artikel in den Transactions of the Pathological Society, 1891 und 1894, auf den dem zweiten derselben angefügten Bericht des Comités der Gesellschaft für die Untersuchung krankhafter Geschwülste, und auf meine beiden, in der Juni- und Septembernummer 1894 des New York Medical Journal abgedruckten Briefe an den Redakteur dieses Journals verweisen.

Beobachtung II. Dieser Fall ist bereits kurz im Archiv für Laryngologie, Bd. VI, H. 3, Ss. 418, 419 berichtet worden*).

Der Patient war ein 63 jähriger Prediger, über den Mr. Butlin am 3. November 1896 meine Ansicht einzuholen wünschte. Der Patient war gichtisch und hatte seit langen Jahren an Heiserkeit gelitten, die in letzter Zeit zugenommen hatte. Laryngoskopisch fand sich starke Kongestion und allgemeine, beträchtliche Verdickung des rechten Stimmbandes, sowie eine leichte Hervorragung an seinem freien Rande und unterhalb seiner Mitte. Die Bewegungen des Stimmbandes waren ganz frei. Ich stimmte mit Mr. Butlin darin überein, das Bild für sehr verdächtig zu halten und riet eine Jodkaliumbehandlung verbunden mit strengem Stillschweigen während eines Monats an. Als ich den Patienten nach Ablauf dieser Zeit wiedersah, hatte sich das Bild in dem Sinne geändert, dass die Hervorragung in der Mitte und unterhalb des rechten Stimmbandes, besonders in der Richtung nach hinten, entschieden zugenommen hatte; auch war die Kongestion stärker als bei der ersten

*) Eine Abbildung des laryngoskopischen Befundes ist in der in diesem Bande weiterhin abgedruckten Arbeit: „Ein Beitrag zur Diagnose des Kehlkopfkrebses" gegeben. Vgl. Tafel I, Fig. 4. — Der Fall ist dort als Fall IV berichtet.

Untersuchung. Ich konnte nicht ganz darüber ins Klare kommen, ob das Stimmband sich etwas träger bewegte, als das linke, riet aber, angesichts der Ausbreitung des Prozesses in der Richtung nach hinten und der bei längerem Warten zu befürchtenden Folgen, im Einverständnis mit Mr. Butlin, eine explorative Thyreotomie vorzunehmen. Die Operation wurde im Laufe der folgenden Woche ausgeführt. Ich war nicht bei ihr gegenwärtig, hörte aber von Mr. Butlin, dass nach Eröffnung des Kehlkopfs die vermeintliche Geschwulst am Rande und unterhalb des rechten Stimmbandes sich als ein einfaches, leicht entfernbares Blutgerinnsel herausgestellt hatte. Das Stimmband selbst war stark mit Blut durchtränkt, eine Neubildung lag nicht vor. Mr. Butlin begnügte sich damit, das Blutgerinnsel zu entfernen. Der Kranke erholte sich schnell von der Operation, behielt aber eine ebenso heisere Stimme zurück, als er vor der Operation gehabt hatte. Bei mikroskopischer Untersuchung erwies sich das entfernte Stück als reines Blutgerinnsel ohne Andeutung einer Cystenwand. Wie die ganz allmähliche Blutung zustande gekommen war, liess sich nicht ermitteln.

Beobachtung III. (Bisher unveröffentlicht.) Am 8. August 1898 schickte mir Dr. Lewis Marshall in Nottingham eine 40jährige, exzessiv neurasthenische Dame, Miss A., zu, die an fast vollständiger Aphonie litt. Die Affektion war etwa 15 Monate früher nach dem plötzlichen Tode ihres Vaters aufgetreten, der ihr ganzes Nervensystem in einen Zustand hochgradigster Erregung versetzt hatte. Lange Zeit nach diesem Ereignisse weinte sie unaufhörlich, allmählich umflorte sich ihre Stimme, und als ich sie sah, war die Heiserkeit in fast totale Aphonie übergegangen.

Mein Bericht an Dr. Marshall lautete wie folgt:

„Ich habe heute Ihre Patientin, Miss A., gesehen, und es ist mir schliesslich nach vieler Mühe — denn sie ist eine der nervösesten Personen, die mir je vorgekommen sind — geglückt, ihren Kehlkopf zu sehen. Ihre Stimmlosigkeit ist unzweifelhaft durch einen sehr grossen Kehlkopfpolypen bedingt, der von der vorderen Kommissur ausgeht. Derselbe ist rot, rund, und sieht wie ein ödematöses Fibrom aus. Seine Abtragung, welche die einzige Möglichkeit bietet, die Patientin zu heilen, dürfte in Anbetracht ihrer exzessiven Nervosität recht schwierig sein, doch zweifle ich nicht, dass man dieselbe auf intralaryngealem Wege wird bewerkstelligen können."

Aus äusseren Gründen wurde die Behandlung erst am 11. November begonnen, an welchem Datum die Patientin, womöglich noch aphonischer als sie es im August gewesen war, nach London zurückkehrte.

Am 1. Dezember schrieb ich an Dr. Marshall:

„. . . . . . Die Entfernung des Tumors ist in sehr unerwarteter Weise vor sich gegangen. Als ich die Patientin nach geduldigen Bemühungen endlich an die laryngoskopische Untersuchung gewöhnt hatte, welche sie infolge ihrer extremen Neurasthenie zunächst absolut nicht ertrug, ging

ich dazu über, sie an die Einführung von Instrumenten in den Kehlkopf zu gewöhnen: Zu diesem Zwecke führte ich zunächst einen gekrümmten, und mit einer 20 proz. Cocainlösung getränkten Kameelhaarpinsel in den Kehlkopf ein. Unmittelbar darauf hustete die Patientin und spuckte den ganzen Tumor aus. Derselbe hatte die Grösse eines Kirschkerns, war absolut kugelrund, düsterrot, weich, und ähnelte in jeder Beziehung einem Myxom, in das eine Blutung erfolgt ist. Man sieht bisweilen solche Geschwülste in der Nase. Weder ein Stiel noch ein deutlicher Ansatzpunkt liess sich an dem Tumor erkennen. Die Stimme verbesserte sich nicht sofort und es war infolge der nervösen Ueberreizung der Patientin unmöglich, an demselben Tage noch einmal den Kehlkopf zu untersuchen. Am folgenden Tage sah man, dass der Tumor in seiner Totalität ausgestossen worden war. Unterhalb des vorderen Teiles des rechten Stimmbandes sah ich einige rötliche Stückchen. Ich exstirpierte dieselben mit der schneidenden Zange und fand, dass sie aus nichts als geronnenem Blute bestanden. Beide Stimmbänder waren stark gerötet und verdickt. Die Stimme war kräftiger, aber noch immer sehr heiser. Während der folgenden Tage pinselte ich die Stimmbänder mit adstringierenden Lösungen und applizierte den elektrischen Strom aussen am Halse, unter welcher Behandlung die Stimme ganz allmählich ihren normalen Klang zurückgewann.“

„Aber das Ueberraschendste steht noch aus. Das ist Mr. Shattock's Bericht über den Tumor, den ich ihm zustellte, nachdem derselbe unmittelbar nach seiner Ausstossung in Müller'scher Flüssigkeit konserviert worden war. Der Bericht lautet: „Miss A.'s Tumor ist ein einfaches Blutgerinnsel. Es besteht nicht einmal eine Bindegewebskapsel. Die Oberfläche ebenso wie der Inhalt wird von dem Coagulum gebildet. Es ist schwer, die Entstehung eines solchen Blutgerinnsels zu erklären, ausser wenn dasselbe von einer unter ihm gelegenen, ganz kleinen Schleimhautläsion, die inzwischen tatsächlich geheilt sein mag, ausgegangen sein sollte. Sieht man irgend etwas an der Insertionsstelle? — Ganz sicher liegt keine Spur von einer Neubildung vor. Die Frage ist die: ist der Kehlkopfkatarrh von Kongestion und Hämorrhagie gefolgt worden, oder ist die Quelle der letzteren ein variköses Gefässchen oder ein kleines katarrhalisches Geschwür gewesen?“ — Damit schliesst Mr. Shattock's Bericht. Ich wage nicht, mich zu Gunsten der einen oder der anderen dieser Hypothesen zu entscheiden. Nach Miss A.'s Versicherungen scheint festzustehen, dass der stimmlichen Veränderung niemals eine Expektoration von Blut vorausgegangen ist, und ich fürchte, dass der Ursprung des Gerinnsels zweifelhaft bleiben muss. Jedenfalls scheint es wahrhaft wunderbar, dass ein zwischen den Stimmbändern gelegenes, d. h. direkt dem Inspirations- und Exspirationsstrom ausgesetztes, Blutgerinnsel so lange an seiner Stelle hat bleiben können, ohne während eines Hustenstosses expektoriert zu werden! — Ich kann nur annehmen, dass diese Tatsache in dem vollständigen Mangel an Energie begründet ist, welcher den hervorstechendsten Zug in Miss A.'s Falle darstellt.“

Bemerkungen.

Die drei in dieser Arbeit zusammengestellten Beobachtungen sind von einander in mehreren Punkten bemerkenswert verschieden. Bei der ersten verhüllte das Blutgerinnsel nur die wahre Natur der primären Neubildung, welche es umschloss; bei der zweiten handelte es sich nicht nur um eine Hämorrhagie auf die freie Oberfläche, sondern auch um eine hämorrhagische Infiltration der Gewebe des Kehlkopfs; bei der dritten nahm, soweit man urteilen konnte, das extravasierte Blut nur die freie Oberfläche ein. Nichtsdestoweniger scheint es mir, dass diese drei Fälle, wenn man sie von einem höheren Gesichtspunkte aus betrachtet, in eine und dieselbe Kategorie eingereiht werden müssen. Ihr wichtigster Punkt ist sicherlich ihr Schlussergebnis, d. h. dass bei den drei Kranken das Vorhandensein eines blossen Blutgerinnsels durchaus die Gegenwart einer echten Kehlkopfneubildung vortäuschte! — Auch ist es von grosser Wichtigkeit, dass in den drei Fällen die Blutgerinnsel die Existenz ganz verschiedenartiger Neoplasmen simulierten! — Im ersten Falle glaubte man es mit einem Angiom, im zweiten mit einer bösartigen Neubildung, im dritten mit einem weichen Fibrom zu tun zu haben. —

Allerdings scheinen diese Beobachtungen gegenwärtig nur zu verdienen, in die Klasse der pathologischen Kuriositäten eingereiht zu werden: spricht die Tatsache, dass sie sämtlich in der Praxis eines einzigen Beobachters innerhalb sieben Jahren vorkamen, nicht aber dafür, dass diese Ereignisse vielleicht weniger selten sein dürften, als man nach dem Schweigen der Literatur über sie schliessen könnte? — Ich halte es für ganz denkbar, dass diese Arbeit nicht nur zur Veröffentlichung ähnlicher Fälle, sondern auch zu dem Nachweis führen dürfte, dass solche Blutungen Formen von Neubildungen vortäuschen können, verschieden von denjenigen, die mich zu Irrtümern verleitet haben*).

Es ist nicht immer leicht, die Genesis dieser Blutungen zu erklären, und ich glaube kaum, dass man eine einheitliche Lösung für alle Fälle dieser Art finden wird.

Im ersten Falle gibt der Umstand, dass das Blutgerinnsel einen, den Brustkrebsen analogen Zottenkrebs einschloss, eine genügende Erklärung. Mr. Shattock sagt tatsächlich über diesen Punkt (l. c.): „Diese Anschauung — nämlich, dass die Neubildung von einer älteren Cyste einer Schleimhautdrüse oder von der Drüse selbst ausging — erklärt die Blutung, die in so hervorstechender Weise in der Histologie der verschiedenen Anteile des exstirpierten Tumors wiederkehrt. Eine solche Blutung wird in gleicher Weise in den gleichartigen Krebsen der Brust beobachtet, bei denen das Blut nicht selten dem affizierten Ausführungsgang entlang durch die Brustwarze auftritt. In beiden Fällen erfolgt diese

*) So viel ich weiss, sind keine weiteren, einschlägigen Fälle in den 14, seit Veröffentlichung dieser Arbeit verflossenen Jahren berichtet worden; doch wäre es wohl möglich, dass mir einschlägige Beobachtungen entgangen sein könnten.

Hämorrhagie infolge der starken Vaskularität und der Zartheit der Neubildung; bei den Ductcarcinomen der Brust ist die aus diesen Gründen erfolgende Verfärbung in frischen Schnitten tatsächlich so markiert, dass sie oft die Natur eines solchen Tumors erkennen lässt, noch ehe man eine mikroskopische Untersuchung desselben vorgenommen hat."

Im zweiten Falle ist die Erklärung der inneren und äusseren Blutung, welche durch ihr Aussehen einen Irrtum veranlasste, schwieriger. Möglicherweise war sie der Ausdruck der gichtischen Diathese des Patienten, da man bei Arthritikern manchmal leichte Blutungen beobachtet, die aus oberflächlichen Schleimhautvenen herstammen. Möglicherweise war es auch der berufsmässige Uebergebrauch der Stimme, welcher zur Ruptur eines kleinen Blutgefässes und wiederholten geringen Blutungen aus demselben geführt hat. Welche von diesen beiden Hypothesen der wirklichen Pathogenese entspricht, wird, fürchte ich, unentschieden bleiben müssen.

Noch weit auffallender aber ist im dritten Falle das Auftreten eines verhältnismässig grossen Blutcoagulums ohne bestimmten Ausgangspunkt und ohne dass ihm zu irgend einer Zeit eine Expektoration von Blut vorausgegangen wäre. Selbst wenn man annimmt, dass die heftige Gemütserschütterung der Patientin beim Tode ihres Vaters die unmittelbare Ursache der Blutung in das Kehlkopfinnere dargestellt habe, so bleibt es doch unverständlich, dass sie niemals Blut ausgehustet hat. Ich bin überzeugt, dass man der Ableugnung der Patientin hinsichtlich dieses Punktes Glauben schenken darf, da sie sich in einem Zustand von so leidenschaftlicher Aufregung befand, dass ein einziges, noch so geringes Aushusten von Blut einen unauslöschlichen Eindruck auf ihren Geist gemacht haben würde. Was mich noch mehr frappierte, ist, wie ich dies auch in meinem Briefe an Dr. Marshall erwähnt habe, dass das Coagulum, nachdem es sich einmal gebildet hatte, während der Periode der langen und stets zunehmenden Aphonie, d. h. während voller 18 Monate, an seinem Platze geblieben ist. Ich selbst kann bezeugen, dass der Tumor, der im Beginne des Monats August 1898 existierte, drei Monate später noch an seiner Stelle war. Wie ich schon gesagt habe, sollte man denken, dass ein einziger starker Hustenstoss während dieser langen Zeit ausgereicht haben müsste, das Gerinnsel abzureissen und zu entfernen. Aber Tatsachen sind mehr wert als Hypothesen, und die Tatsache bleibt, dass während einer Periode von mindestens drei, wahrscheinlich aber von 18, Monaten das Coagulum in seiner exponierten Position bestehen geblieben ist! —

Es wird mich sehr interessieren zu erfahren, ob den meinen ähnliche Beobachtungen von anderen Kollegen gemacht worden sind*).

---

*) Vgl. die Anmerkung auf der vorhergehenden Seite.

IV.

Zur Frage der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen mit besonderer Berücksichtigung der Thyreotomie*).

Die folgende Arbeit behandelt eine Reihe von Punkten, die von grösster Bedeutung für die Frage der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen sind. Ich bitte meine Leser, sich nicht dadurch von ihrer Lektüre abschrecken zu lassen, dass sie von einer persönlichen Berichtigung ausgeht, und dass sie eine Reihe von scheinbar untergeordneten Fragen ausführlich behandelt. Was ersteren Punkt betrifft, so wird, hoffe ich, der Leser, ehe er weit in der Lektüre der nachstehenden Arbeit gekommen ist, mit mir darin übereinstimmen, dass die historisch-induktive Methode die geeignetste ist, die zahlreichen, in der ganzen Frage noch bestehenden Meinungsdifferenzen zu erklären und mit einander zu versöhnen; was den zweiten Punkt anbelangt, so hat mich eine 16 jährige, unausgesetzte, persönliche Beschäftigung mit dem Gegenstand, eigene Erfahrung, und ein eifriges Studium der einschlägigen Literatur davon überzeugt, dass die ungünstige Meinung, die noch heute viel zu allgemein über die Aussichten der Radikaloperation beim Kehlkopfkrebs besteht, sich aus so vielen einzelnen Faktoren zusammensetzt, dass es durchaus erforderlich ist, jeden derselben zu berücksichtigen, um die Fehlerquellen, welche einer besseren Anschauung der Frage entgegenstehen, wirklich befriedigend berichtigen zu können.

Die folgenden Bemerkungen sind ursprünglich durch die im fünften Bande des Archivs für Laryngologie veröffentlichte dankenswerte Arbeit Dr. Hansberg's „Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebses" angeregt worden. Abgesehen davon, dass ich in dieser Arbeit einige irrtümliche resp. ungenaue historische Angaben finde, welche im Interesse der Sache einer Berichtigung bedürfen, dürfte es nicht unersprieslich sein, manche der von Hansberg ausführlicher oder beiläufig erörterten Fragen unter einem von dem seinigen etwas verschiedenen Gesichtspunkte zu betrachten.

Ich beginne mit der historischen Berichtigung.

Hansberg gibt (l. c. p. 155) folgende Schilderung von der Diskussion, welche im Jahre 1881 in der laryngologischen Sektion des

*) Veröffentlicht im „Archiv für Laryngologie" 1897. Bd. VI, H. 3.

Londoner internationalen medizinischen Kongresses über „die Indikationen für die komplette oder partielle Exstirpation des Kehlkopfs“[1]) stattfand:

„Bei den Operationsmethoden, die wegen Krebs des Kehlkopfs vorgenommen wurden, kam früher fast nur die Totalexstirpation in Frage, und noch auf dem Internationalen Kongress in London 1881 herrschte eine lebhafte Kontroverse über die Frage der Zulässigkeit der partiellen Exstirpation des Kehlkopfs. Foulis und Czerny verteidigten die Totalexstirpation, während Schech dagegen warm für die partielle Exstirpation eintrat, die bei grösserer Ungefährlichkeit auch die besten funktionellen Resultate liefere. Seitdem ist wohl allgemein dieser letzteren Operationsmethode als der schonenderen und weniger gefährlichen der Vorzug gegeben worden. Bemerkenswert ist übrigens, dass damals noch die bei weitem grössere Zahl der Laryngologen, unter anderen auch Semon, sich abfällig über die totale wie partielle Exstirpation aussprach, und nur die Tracheotomie resp. endolaryngeale Vornahmen befürwortete. Erst geraume Zeit später trat ein Umschwung ein, und gegenwärtig dürfte es wohl wenige Laryngologen geben, die die äussere Operation prinzipiell nicht zulassen wollen.“

In dieser Schilderung ist eine Reihe von Ungenauigkeiten enthalten.

Zunächst drehte sich die Diskussion nicht, wie man nach Hansberg's Darstellung glauben muss, um die Zulässigkeit der partiellen Exstirpation des Kehlkopfs, sondern fast ausschliesslich um die Frage der totalen Exstirpation. Von den neun Rednern (Solis-Cohen, Caselli, Morell Mackenzie, Czerny, Semon, Burow, Prosser James, Lefferts, Johnson), welche an der von Foulis und Schech[2]) eingeleiteten Diskussion teilnahmen, erwähnte nur Caselli, dass er in zwei Fällen eine partielle Exstirpation mit unglücklichem Ausgange vorgenommen habe; um Uebrigen wird man vergebens nach irgend einer Erwähnung der Partialexstirpation in den Verhandlungen suchen. Ich selbst habe mich weder über die partielle Exstirpation, deren ich mit keinem Worte gedachte, „abfällig“ ausgesprochen, noch endolaryngeale Vornahmen, von denen in meiner Rede ebenso wenig ein Wort zu finden ist „befürwortet“. Meine Ansichten über letztere habe ich $8^1/_2$ Jahre später zum Schlusse der Sammelforschung des Centralblatts über die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige ausgesprochen[3]) und halte noch heute an denselben fest; sie sind im Allgemeinen dieser Operationsmethode bei bösartigen Kehlkopfneubildungen nicht besonders günstig.

Wogegen ich aber am entschiedensten Einspruch erheben muss, ist, dass auch Hansberg, wie vor ihm schon Hahn[4]), Lublinski[5]),

---

1) Transactiions of the International Medical Congress. 1881. Vol. III. pp. 251—266.

2) Prof. Schech war beim Kongress nicht persönlich anwesend, sein einleitender Vortrag wurde beim Beginn der Diskussion verlesen.

3) Internationales Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie. Vol. VI. Dec. 1889. Ss. 284—289. Vgl. diesen Band pp. 272—275.

4) Ueber Kehlkopfexstirpation. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. No. 260.

5) Ueber den Kehlkopfkrebs. Berliner klin. Wochenschr. 1886. No. 8.

Schwartz[1]) und Wassermann[2]), und gleichzeitig mit ihm Stoerk[3]), mich als gewissermassen repräsentativen Gegner der totalen Kehlkopfexstirpation darstellt, und die Energie meines Einspruchs wird gewiss begreiflich gefunden werden, wenn man erfährt, dass ich bereits vor 11 Jahren gegen diese irrige Darstellung in unzweideutigster Form Verwahrung eingelegt habe. Als ich im Jahre 1886 den bekannten Fall meines verstorbenen Freundes Montagu Williams vor die Clinical Society of London brachte[4]), war ein beträchtlicher Teil meines Vortrags der Aufklärung dieses Missverständnisses gewidmet, und in meinem Autoreferat über diesen Vortrag im Internationalen Centralblatt für Laryngologie[5]) bin ich gerade auf diesen Punkt desselben ausführlich zurückgekommen. Da dies aber leider nichts genützt zu haben scheint, wie die immerwährende Wiederholung der Legende beweist, bleibt mir nichts übrig als dieselbe noch einmal ausführlich zu widerlegen in der Hoffnung, dass ihr nunmehr endlich der Lebensfaden abgeschnitten sein möge.

Gewiss bin ich kein enthusiastischer Verehrer der totalen Kehlkopfexstirpation, heute ebenso wenig als im Jahre 1881, und in meiner damaligen Rede klingt ohne Zweifel dieser Grundton wieder. Mein „abfälliges" Urteil aber galt nicht der Operation als solcher, sondern der meines Erachtens nach durchaus unzulässigen **Indikationsstellung** der Herren Foulis und Czerny, und dies geht aus den Schlusssätzen meiner Rede so klar hervor, dass es mir nicht recht verständlich ist, wie die genannten Autoren mich schlechtweg als Gegner der Operation selbst hinstellen können.

Die beiden ersten Thesen des Foulis'schen einleitenden Vortrags lauteten nämlich wörtlich folgendermassen:

„1. Die totale Kehlkopfexstirpation ist besser als die partielle;

2. die Exstirpation des Kehlkopfs bei bösartiger Erkrankung ist indiziert, sobald die Diagnose klar gestellt ist.

a) Befallensein der Cervicaldrüsen mag ein Hindernis für die Operation abgeben, und

b) sehr alte Leute, d. h. über 70 Jahre alte, sind nicht für die Operation geeignete Subjekte."

Waren bei dieser Indikationsstellung wenigstens noch zwei Kontraindikationen, nämlich: Befallensein der Cervicaldrüsen und hohes Alter der Patienten, erwähnt, so erklärte Prof. Czerny im Schlusssatz seiner

1) Des tumeurs du larynx. Paris. Baillière fils. 1886. p. 207.
2) Ueber die Exstirpation des Larynx. Leipzig. T. B. Hirschfeld. 1889. S. 5.
3) Tracheotomie-Larynxcarcinome. Dieses Archiv. Bd. V. 1896. S. 27.
4) Felix Semon, A case of partial exstirpation of the larynx for epithelioma of the left ventricle of Morgagni. Recovery. Clinical Societys Transactions. 1887. Vol. XX.
5) Internationales Centralblatt für Laryngologie. Vol. III. S. 455.

Rede seine Ueberzeugung einfach folgendermassen: „Ich glaube, dass die Exstirpation des Kehlkopfs abgesehen von anderen Indikationen erforderlich ist, sowie die Diagnose einer bösartigen Neubildung, sei es mittels des Laryngoskops oder mittels mikroskopischer Untersuchung entfernter Fragmente gestellt ist, und sobald es deutlich wird, dass nach dem Fehlschlagen anderer Mittel die Krankheit unaufhaltsam weiterschreitet, und zweifellos das Leben des Patienten gefährdet.“ — Hier ist von Kontraindikationen überhaupt nicht die Rede.

Nun muss man nur erwägen — und ich glaube, das wird heutzutage viel zu viel, besonders von jüngeren Laryngologen, übersehen — in welchem Zustande sich damals die Diagnostik des Kehlkopfkrebses befand. Ich habe diese Zeit mit erlebt, und wenn ich meine alten Journale durchblättere, und sehe, wie spät damals gewöhnlich die Diagnose des Kehlkopfkrebses mit Sicherheit gestellt werden konnte, so wird mir ohne weiteres die furchtbare Statistik verständlich, die Foulis gleichzeitig seinem einleitenden Vortrag anfügte. Von 26 Fällen nämlich, in denen derzeit die totale Exstirpation des Kehlkopfs vorgenommen worden war, waren nicht weniger als 14 an den unmittelbaren Folgen der Operation, d. h. innerhalb 14 Tagen nach derselben gestorben. Von den übrig bleibenden 12 waren 9 an Recidiven zugrunde gegangen, und von diesen hatte nur einer bis zu neun Monaten nach der Operation gelebt, während die Majorität innerhalb vier bis sechs Monaten gestorben war. Das Geschick des zehnten Patienten war sieben Monate nach der Operation unbekannt, und zur Zeit der Diskussion lebten überhaupt nur noch zwei, bei welchen beiden aber die Operation nur 3 Monate zurückdatierte! — Angesichts welcher Tatsachen wurde nun die überraschende Forderung aufgestellt, dass, sowie die Diagnose gesichert sei, sofort die totale Kehlkopfexstirpation folgen müsse! — Von so selbstverständlichen Kontraindikationen, wie Ergriffensein der Nachbarteile, gleichzeitigem Bestehen schwerer Allgemeinkrankheiten etc., d. h. Dingen, die in der Schech'schen Indikationsstellung bereits klar als Kontraindikationen hervorgehoben wurden, war bei Foulis und Czerny kein Wort erwähnt! — Da war es denn, wie ich schon damals sagte, eine „Pflicht“, gegen eine solche Indikationsstellung zu protestieren; aber mein Protest galt eben nur dieser, nicht der Operation selbst, wie aus folgendem Schlusssatz meiner Rede unwiderleglich hervorgeht:

„Zum Schlusse wünsche ich zu sagen, dass ich keine theoretischen Objektionen gegen die Operation als solche (!) hege, und dass ich vielen der von meinem Freunde Schech aufgestellten Indikationen beistimme (!), dass ich es aber für meine Pflicht halte, gegen ihre unterschiedslose (!) Empfehlung in allen Fällen von Krebs zu protestieren, eine Empfehlung welche meines Glaubens nur schwer theoretisch zu rechtfertigen und in praxi sicherlich nicht gerechtfertigt ist.“

Wie berechtigt, oder vielmehr wie notwendig, mein Protest gegen

die „unterschiedslose Empfehlung der Operation in allen Fällen von Kehlkopfkrebs“ war, dafür hat sieben Jahre später ein gewiss unverdächtiger Gewährsmann, E. v. Bergmann, folgendes Zeugnis abgegeben[1]): „Es ist ein entschiedener Fehler, den Wert einer Operation nach den aus der Literatur zusammengetragenen Resultaten der hier und da in den Magazinen unserer Kasuistik zerstreuten Einzelfälle zu beurteilen. Diese Statistiken und Zusammenstellungen lehren nur eines: den besonderen Fall besonders zu erwägen (!). Ueberblickt man eine Reihe solcher Arbeiten, soweit sie sich auf die Exstirpation des ganzen Kehlkopfs oder einzelner seiner Abschnitte beziehen, so stellt sich das heraus, was die Geschichte auch anderer Organexstirpationen der Neuzeit, ebenso wie die Geschichte der Magen- und Darmresektion ergeben hat: man hat anfangs die neuen Operationen mit zu grossen Hoffnungen begrüsst, und daher ihnen auch eine zu grosse Ausdehnung gegeben (!), aber gerade dadurch ist man verhältnismässig schon früh zu ausreichenden Erfahrungen gekommen, deren Ergebnis die Beschränkung des Eingriffs auf nur wenige (!), dann aber auch mit grosser Wahrscheinlichkeit zu heilende Fälle ist. Die nach totaler und partieller Kehlkopfexstirpation geheilten Fälle sind alle solche, die erst relativ kurze Zeit bestanden und eine nur geringe Ausbreitung besassen; daher erklärt sich auch, dass die Prozentziffer der durch Entfernung nur einer Hälfte oder noch geringerer Abschnitte des Kehlkopfs geheilten Fälle eine günstigere ist, als die der Heilungen durch Totalexstirpation. Die entfernten Gewächse waren bei jener eben kleiner als bei dieser.“

Diese Auffassung deckt sich, wie man sieht, vollständig mit derjenigen, welcher ich im Jahre 1881 Ausdruck verlieh, und statt mich als einen prinzipiellen Gegner der Operation zu bezeichnen, hätten diejenigen Autoren, welche meiner Teilnahme an jener Diskussion überhaupt gedenken wollen, vielmehr, wie mir scheint, alle Veranlassung hervorzuheben, dass vielleicht durch meinen zeitgemässen Protest gegen die zu grosse Ausdehnung, welche der Totalexstirpation gegeben werden sollte, eine für die wirklich geeigneten Fälle günstigere Strömung angebahnt worden ist.

Noch befremdender aber, als das eben erörterte Missverständnis ist der Schluss, den Hansberg weiterhin aus Butlin's und meiner sorgfältigen Auswahl der Fälle zieht, in welchen wir die Radikaloperation vornehmen. Aus dem Umstand nämlich, dass wir selbst die Totalexstirpation nicht empfehlen, schliesst er kurz und gut, dass wir dieselbe „verwürfen“. Diese Angabe steht in so schreiendem Gegensatz zu meinen ausdrücklichen mit Bezug auf diesen Punkt getanen Aeusserungen in meiner von ihm selbst vielfach zitierten Arbeit in der Lancet, dass ich nicht besser tun kann, als seine Angaben und meine bezüglichen Bemerkungen einfach einander gegenüber zu stellen.

---

1) Die Krankheit Kaiser Friedrichs des Dritten. Berlin 1888. S. 18.

Hansberg (l. c. S. 167).

„Nur wenige Fälle bleiben übrig, die von vornherein ihres ungünstigen Sitzes wegen die Totalexstirpation bedingen; es sind das solche Carcinome, die an der hinteren Wand in der Interarytaenoidfalte ihren Sitz haben oder von der hinteren Fläche der Aryknorpel ausgehen. Solche Fälle schliessen Butlin und Semon von der Radikaloperation überhaupt aus. Diese Autoren lassen mit Gouguenheim nur solche Krebse als für die Operation zulässig gelten, die intrinsic sitzen, d. h. an den Stimm- und Taschenbändern, im Morgagni'schen Ventrikel und dem Cavum subglotticum; solche Krebse dagegen, die extrinsic sitzen, die von der Interarytaenoidfalte, den aryepiglottischen Falten, der hinteren Ringknorpelplatte und der Epiglottis ausgehen oder von benachbarten Teilen auf den Kehlkopf überwuchern, kontraindizieren im allgemein die Operation. Mit anderen Worten, die Totalexstirpation wird verworfen und eine solche Auswahl der Fälle getroffen, dass nur noch die partielle Operation in Frage kommt.“

Semon (Lancet, Dez. 22. 1894).

„Ich möchte aber nicht so verstanden werden, als ob ich, während ich mein eigenes Vorgehen auf die günstigere Kategorie der Fälle beschränke, das Vorgehen derjenigen kühnen Chirurgen beanstände oder verurteilte, welche selbst in weiter vorgeschrittenen oder sonst anscheinend weniger günstigen Fällen nicht gezögert haben, die Radikaloperation zu unternehmen. Die in vielen dieser Fälle erzielten Resultate haben zweifelsohne ihre Vornahme gerechtfertigt, und man darf hoffen, dass mit weiteren Fortschritten der Technik die allgemeinen Resultate selbst in dieser Klasse von Fällen sich besser gestalten werden, als sie es bisher gewesen sind. Ich fürchte indessen keinen Widerspruch, wenn ich sage, dass es der Ehrgeiz jedes Chirurgen sein sollte, die Radikaloperation in einem solchen frühzeitigen Stadium der Krankheit vorzunehmen, dass die Operation sich auf die Vornahme der blossen Thyreotomie mit Entfernung von Weichteilen beschränken kann. Ich werde auf diesen Punkt weiterhin ausführlicher eingehen, halte es aber für recht, diese Frage bereits in diesem Zusammenhange zu erwähnen, um nicht für einen Gegner von kühneren Vornahmen als meinen eigenen gehalten zu werden.“

Ich habe nur hinzuzufügen:

1. Dass ich vermute, dass Hansberg statt Gouguenheim's den verstorbenen Krishaber erwähnen wollte, der zuerst die Unterscheidung zwischen „extrinsic“ und „intrinsic“ Krebsen aufgestellt hat.

2. Dass sich sowohl in Butlin's wie in meinen Tabellen Fälle finden, in denen wir von den aryepiglottischen Falten ausgehende Krebse mittels der Radikaloperation behandelt haben.

3. Dass mein Freund Butlin mich ermächtigt hat, auch in seinem Namen zu erklären, dass Hansberg seine Haltung in dieser Frage missverstanden habe.

Ich habe darauf gehalten, die genannten historischen Irrtümer zu berichtigen, weil meines Erachtens eine korrekte Kenntnis der historischen Entwicklung der ganzen Frage zum Verständnis der gegenwärtigen Stellung der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen durchaus erforderlich ist. Fragen wir uns nämlich, warum bei der anderweitigen Hoffnungslosigkeit dieser Erkrankungen trotzdem die äussere Radikaloperation in allen ihren verschiedenen Formen nicht nur beim Laienpublikum, sondern auch bei so vielen Aerzten so unpopulär geworden ist, wie dies leider auch heute noch der Fall ist, so glaube ich, dass die einfache Antwort hierauf lautet: weil man die Sache am unrichtigen Ende angefasst und lange Zeit weiter ebenso unrichtig verfolgt hat!

Statt nämlich davon auszugehen, dass vor allen Dingen die Diagnose der naturgemäss für eine Radikaloperation die besten Aussichten gebenden Frühstadien durchaus im Argen lag und dringend einer Verbesserung bedurfte, ehe man sich an die operative Seite der Frage heranmachte, mutete man zunächst der Thyreotomie Unmögliches zu, diskreditierte diese Operation infolgedessen für längere Zeit gänzlich, und ging dann zu einer, wie bereits oben gezeigt, völlig unzulässigen Indikationsstellung für die Totalexstirpation des Kehlkopfs über. Die natürliche Folge hiervon war, dass die Mortalitätsziffer auch dieser Operation binnen wenigen Jahren eine so trübe wurde, dass die Operation bei Aerzten und Laien gleichmässig an Gunst verlor. Hierzu kam dann noch, dass während der Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten die ganze Welt fast ein Jahr lang durch tendenziöse Entstellungen der Natur, der Ergebnisse, und der funktionellen Resultate der verschiedenen Formen der Radikaloperation beim Kehlkopfkrebs systematisch irregeleitet wurde, eine Tatsache, deren beklagenswerte Folgen selbst in diesem Augenblicke noch nicht vollständig überwunden sind. Alles das sind nicht blosse Behauptungen, sondern nachweisbare Tatsachen.

Im Jahre 1878 veröffentlichte Paul Bruns sein bekanntes Werk: „Die Laryngotomie zur Entfernung endolaryngealer Neubildungen“[1]). Er berichtete in demselben über 19 Fälle von Carcinom, die bis 1878 mittels der Thyreotomie behandelt worden waren. Das Ergebnis war: 2 Todesfälle kurz nach der Operation, 16 lokale Recidive, die entweder kontinuierlich oder im Verlaufe weniger Monate, nur einmal innerhalb $1^1/_2$ Jahren, aufgetreten waren, und 1 Fall, der 22 Monate nach der Operation an Krebs der Nebennieren und der linken Niere tödlich endete, während sich im Larynx „keine Spur eines Recidivs“ fand. Auf Grund dieses Ergebnisses kam Bruns zu dem Schlusse (l. c. S. 170): „dass

1) Berlin, August Hirschwald, 1878.

sich die Versuche einer Radikalexstirpation (sc. des Krebses) mit Hilfe der Thyreotomie stets als vollständig unzureichend und nutzlos erwiesen haben." —

Dieses derzeit vollständig berechtigte Anathema ging binnen kürzester Zeit in gelesene Lehrbücher und Monographien aller Nationen über (vgl. z. B. Mackenzie, Semon, Schüller, Butlin, Bosworth, Massei etc.), und es ist sehr belehrend, in den Hansberg'schen Tabellen seine direkten Folgen zu studieren. — Man wird dort nämlich finden, dass während Bruns 1878 über 19 Fälle von Kehlkopfkrebs berichten konnte, die mittels der Thyreotomie behandelt worden waren, die Gesamtzahl der in der nächsten Dekade mittels dieser Operation behandelten Fälle sich nur auf 11 beläuft! — Mit anderen Worten: das Bruns'sche Verdammungsurteil führte zu einer praktisch fast vollständigen, zehn Jahre währenden Verbannung der Thyreotomie aus der Reihe der anerkannten Radikaloperationen beim Kehlkopfkrebs! — Denn nicht anders kann es bezeichnet werden, wenn in der ganzen Welt während dieser Zeit durchschnittlich alljährlich nur ein Fall dieser Methode unterworfen wurde.

Noch ehe aber der Thyreotomie das Verdammungsurteil gesprochen worden war, hatten zwei neue Operationen, die totale und die partielle Kehlkopfexstirpation, sie bereits praktisch — wenigstens teilweise — verdrängt. Zuerst mit beträchtlichem Enthusiasmus aufgenommen, konnten sich aber auch diese Methoden, zumal die totale Exstirpation, nicht dauernd die Gunst des ärztlichen Publikums erhalten. Welches die Resultate der totalen Kehlkopfexstirpation im Jahre 1881 waren, ist bereits geschildert worden. Spätere Statistiken, wie diejenige von Schwartz (l. c.) und Scheier[1]) liefern zwar nicht eine so horrende Mortalitätsziffer, wie die Foulis'sche, lassen aber immerhin die Aussichten der Operation in traurigem Lichte erscheinen. Nach Schwartz, der im Jahre 1886 95 Fälle von Totalexstirpation des Kehlkopfs bei Krebs und Sarkom gesammelt hat, gingen 12,6 pCt. der Patienten an den Folgen der Operation selbst zugrunde, 33,6 pCt. erlagen in den ersten 14 Tagen Komplikationen, die sich an die Operation selbst anschlossen, 26 weitere Kranke starben innerhalb zwei Jahren (fast alle innerhalb des ersten Jahres) an Recidiven. Von 15 ist nach dem Ablauf des ersten Jahres nichts bekannt, und Schwartz, der für eine definitive Heilung zwei Jahre als Normalzeit betrachtet, sieht nur acht von allen diesen 95 Fällen als dauernd geheilt an. — Was die partielle Kehlkopfexstirpation betrifft, so verfügte Schwartz über 22 Fälle, von denen acht an den Folgen der Operation selbst zugrunde gingen, 17 einem Recidiv erlagen, zwei zu kurze Zeit beobachtet wurden, vier 1—$1^1/_2$ Jahre, einer sechs Jahre nach der Operation noch lebte, während das endliche Schicksal in zwei Fällen unbekannt war. Im ganzen also haben nur fünf von den 22 Fällen das erste Jahr nach der Operation überlebt.

1) Der Kehlkopfkrebs und die Resultate seiner Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1888. No. 23.

Scheier (l. c.), der über die von 1880 bis 1888 veröffentlichten Fälle berichtet, verfügt über 68 Fälle totaler Kehlkopfexstirpation. Von diesen erfolgte der tödliche Ausgang als unmittelbare Folge des operativen Eingriffs in 18, ein Recidiv in 17 Fällen; an interkurrenten Erkrankungen starben sechs; von den 22 übrig bleibenden mussten wegen zu kurzer Beobachtungszeit (weniger als ein Jahr) 12 abgezogen werden, so dass eine definitive Heilung nur in 13 pCt. konstatiert werden konnte. — Die partielle Kehlkopfexstirpation war nach Scheier in 23 Fällen vorgenommen worden. Von diesen gingen innerhalb der ersten sechs Wochen fünf entweder an den direkten Folgen der Operation oder an Komplikationen zugrunde. In fünf Fällen erfolgten Recidive: acht Fälle waren nicht lange genug beobachtet, um verwertet werden zu können, und nur in $21^1/_2$ pCt. war definitive Heilung erfolgt (die Heilungsdauer ist von Scheier auf 16 Monate bemessen).

Drücken auch diese Zahlen immerhin einen Fortschritt aus, so kann doch kein Zweifel darüber bestehen, dass ihnen zufolge noch immer sowohl die totale wie die partielle Kehlkopfexstirpation, namentlich aber die erstere, Eingriffe von äusserster Schwere mit einem geringen Prozentsatz befriedigender Ergebnisse darstellen.

Ganz ähnliche Ergebnisse wie Scheier verzeichnet Baratoux[1]) in seiner ebenfalls im Jahre 1888 erschienenen Statistik. Er findet bei 106 Patienten, denen der Kehlkopf in toto entfernt ist, eine Mortalitätsziffer von 52,8 pCt. entweder als direkte oder spätere Folge der Operation. Zu diesen treten in 28 Fällen tödlich verlaufende Recidive, d. h. 26 pCt. Von den übrig bleibenden 22 war bei vielen zu kurze Zeit verstrichen, um sie als geheilt bezeichnen zu können, so dass im ganzen nur 8,5 pCt. als wirklich genesen angenommen werden konnten. — Bei den partiellen Exstirpationen, von denen Baratoux 31 gesammelt hat, ergab sich eine Operationsmortalität von 37,5 pCt., sechs Recidive, d. h. 18,7 pCt. und ein Heilungsprozentsatz von 12, wenn man alle ein Jahr nach der Operation noch gesunden Patienten als geheilt betrachtet. — Am besten gestalteten sich die Verhältnisse bei der einseitigen Exstirpation, in welchen unter 25 Fällen ein Prozentsatz von 20 Heilungen erzielt wurde.

Das Jahr 1888 entspricht im allgemeinen der tiefsten Ebbe, welche die Radikaloperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen gesehen haben. Ist soeben gezeigt worden, dass streng wissenschaftliche und objektive Statistiken wenig Ermutigendes über die Frage beizubringen vermochten, so entspricht die wissenschaftliche Literatur in keiner Hinsicht den pseudopopulären Darstellungen über die Gefahren und Folgen dieser Operation, wie sie zu jener Zeit in einer grossen Anzahl politischer Blätter zu finden waren. Man muss diese Zeit selbst mit erlebt haben, um zu wissen, welchen Schaden diese Darstellungen in der öffentlichen Meinung angerichtet haben! — Ich verweise hinsichtlich desselben auf die Ein-

1) Du cancer du larynx. Publication du Progrès Médical. De la Haye et Lecrosnier. Paris 1888.

leitung der vortrefflichen Arbeit B. Fränkel's: „Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung"[1]), sowie auf meinen Leitartikel in der August-Nummer des Internationalen Centralblatts für Laryngologie vom Jahre 1888[2]), und auf die ganze Sammelforschung des Centralblattes über die Frage des Uebergangs gutartiger in bösartige Kehlkopfneubildungen[3]).

Inzwischen aber hatte sich in aller Stille ein Umschwung von derjenigen Seite aus angebahnt, von welcher allein eine wirkliche Besserung zu erhoffen war: von der diagnostischen.

Die Bedeutung dieses Umschwungs ist meines Erachtens im allgemeinen nicht gebührend gewürdigt worden; in der Mehrzahl der mir bekannten neueren Arbeiten über die Operation des Kehlkopfkrebses gehen die Autoren entweder mit wenigen Worten über diese Frage fort, oder gedenken ihrer überhaupt nicht. Und doch steckt in ihr der Wendepunkt zum Besseren in der ganzen uns hier beschäftigenden Frage! —

Dass sich dieser Umschwung nicht plötzlich vollziehen konnte, liegt in der Natur der Frage. Der Kehlkopfkrebs gehört zu den seltenen Erkrankungen, und selbst Laryngologen mit sehr ausgedehnter Praxis können im Laufe ihres Lebens naturgemäss nur eine verhältnismässig beschränkte Anzahl von Fällen zu sehen bekommen. Von diesen gehört, wie die Sachen leider noch heute stehen, wiederum nur die Minderzahl den Frühstadien an, und letztere wiederum bekommt man meiner eigenen Erfahrung nach fast ausschliesslich in der Privatpraxis zu sehen, da die verhältnismässig unbedeutenden Symptome der Frühstadien gerade in den zur Operation geeignetsten Fällen die den niederen Berufsklassen angehörigen Patienten noch nicht zum Arzte treiben. Ich habe auf letzteren Umstand schon in meiner Arbeit in der Lancet[4]) Nachdruck gelegt. So kommt es, dass man sich nur verhältnismässig langsam ein Urteil über charakteristische Frühsymptome bilden konnte. Von dem Augenblick an aber, als ich im Jahre 1881 der Foulis-Czerny'schen Indikationsstellung Opposition machte und dabei in meiner Rede ausdrücklich auf die derzeit bestehenden Schwierigkeiten der Frühdiagnose hinwies, habe ich diesen Punkt nicht wieder aus den Augen verloren, und jede sich mir darbietende Gelegenheit benutzt, darüber klar zu werden, ob gewisse Frühsymptome bei bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs als tatsächlich charakteristisch angesprochen werden könnten, oder nur eine zufällige Besonderheit des individuellen Falles darstellten. Bereits im Jahre 1886[5]) fühlte ich mich berechtigt, es als ein Zeichen von grosser Wichtigkeit für die Frühdiagnose hinzustellen, wenn zu einer frühen Periode die Beweglichkeit des von einer Neu-

---

1) Deutsche med. Wochenschr. 1889. No. 1. S. 6.
2) Internat. Centralbl. 1888. Bd. V. No. 2.
3) Ibid. 1888 und 1889. Bd. V und VI.
4) The Results of Radical Operation for Malignant Disease of the Larynx. Lancet. 1894. Dec. 29.
5) Heath's Dictionary of Practical Surgery. Vol. I. p. 895.

bildung betroffenen Stimmbandes beträchtlich litte und in demselben Jahre kam ich noch einmal anlässlich des Falles von Mr. Montagu Williams[1]) auf diesen Punkt mit gesteigertem Nachdruck zurück. Im nächsten Jahre gab mir die Krankheit des damaligen deutschen Kronprinzen die Veranlassung[2]), das Auftreten einer kleinen warzigen Neubildung auf dem Stimmbande eines über 35jährigen Patienten, welche bereits zu einer frühen Periode ihrer Existenz intensive Heiserkeit oder selbst Aphonie veranlasse, mit Kongestion ihrer Nachbarschaft und frühzeitiger Bewegungsstörung des Stimmbands einhergehe, und nach partieller oder totaler Entfernung wiederholt schnell recidiviere, als verdächtig zu bezeichnen und gegen die derzeit ziemlich allgemein verbreitete Annahme Einspruch zu erheben, dass es für den inneren Kehlkopfkrebs charakteristisch sei, dass derselbe frühzeitig von Schmerzen, Schlingbeschwerden, Dyspnoe, Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, Kachexie etc. begleitet werde. Auch versuchte ich bereits damals, der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente eine von fast blinder Ueberschätzung ebenso weit wie von Vernachlässigung entfernte Stellung anzuweisen. — Als dann die Krankheit des Kaisers ihr trauriges Ende erreicht hatte, kam ich auf die genannten Fragen noch einmal mit gesteigertem Nachdruck, wie derselbe durch die systematische Irreführung des Publikums über diese Fragen notwendig gemacht worden war, zurück[3]), und besprach im Anschlusse an dieselben die Wichtigkeit des Alters des Patienten und den Sitz der Neubildung am Stimmbande für die Frühdiagnose. Die ganze Frage endlich wurde in der Sammelforschung des Centralblatts[4]) noch einmal einer so gründlichen Besprechung unterzogen, wie sie vorher meines Wissens noch niemals erfahren hatte. — Im vierten Kapitel derselben zeigte ich durch Zitate der betreffenden Abschnitte aus den anerkannt besten Lehrbüchern aller Nationen, dass der Polymorphie der frühen Stadien des internen Kehlkopfkrebses nirgends genügend Rechnung getragen sei, wies zum ersten Male darauf hin, dass die Stimmbänder in der Mehrzahl dieser Fälle den Ausgangspunkt der Neubildung darstellten und dass gerade über die Frühstadien dieser für die Radikaloperation wichtigsten Fälle sich die Lehrbücher eines fast gänzlichen Schweigens beflissen, und gab sodann eine eingehende Schilderung der verschiedenen Formen der Frühstadien des Kehlkopfkrebses, die ich in meiner eigenen Praxis Gelegenheit gehabt hatte zu beobachten[5]). Ebenso wurden daselbst noch einmal die sonstigen differential-diagnostischen Anhaltspunkte und die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung

1) Transactions of the Clinical Society. Vol. XX. p. 46.
2) British Medical Journal. 1887. June 4.
3) Internat. Centralbl. f. Laryngol. etc. Bd. V. S. 52ff.
4) Ibidem. Bd. V. S. 268.
5) In einem Nachtrage zur Sammelforschung fügte ich im Jahre 1892 einige weitere Anhaltspunkte den in der Sammelforschung geschilderten hinzu. Ibidem. Bd. VIII. S. 317.

intralaryngeal entfernter Fragmente für die Differentialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Kehlkopfneubildungen einschliesslich der Frage der Mischgeschwülste eingehend besprochen.

Fast gleichzeitig mit dem Erscheinen dieser Abschnitte der Sammelforschung veröffentlichte Bernhard Fraenkel[1]) seine Erfahrungen über die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. Auch er widmete den Frühformen der Krankheit seine besondere Aufmerksamkeit und berichtete eingehend über diejenigen Formen, die er in seiner Praxis zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. In manchen Beziehungen entsprachen seine Erfahrungen vollständig den meinen; so bestätigte er besonders meine Angaben über die verhältnismässige Häufigkeit des vom Stimmbande ausgehenden Carcinoms; in anderen Beziehungen freilich wollte er die von mir angegebenen Merkmale nicht als charakteristisch gelten lassen, und erklärte es namentlich für eine unrichtige Vorstellung, dass die Frühform des Stimmbandcarcinoms einen Entzündungshof zeige. Ferner bestritt er, dass das Carcinoma polypoides im Beginn die Beweglichkeit des Stimmbandes störe. Auch Gottstein[2]) trat wiederholt meinen diesbezüglichen Angaben entgegen, erkannte aber, nachdem ich noch einmal auf diesen wichtigen Punkt zurückgekommen war[3]), und meine Ansichten über denselben genau präzisiert hatte, freimütig an[4]), dass seine Opposition durch eine missverständliche Auffassung meiner bezüglichen Angaben bedingt gewesen war.

Endlich ist hier noch die sich zu jener Zeit an Virchow's Vortrag „Ueber Pachydermia laryngis“[5]) anschliessende, ausgebreitete Literatur über diese Erkrankung des Kehlkopfs zu erwähnen, welche ebenfalls die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer genaueren Unterscheidung der im Kehlkopf auftretenden Geschwulstformen lenkte.

Wie gross der Umschwung war, der sich durch die genannten Publikationen im Laufe kürzester Zeit in unseren Kenntnissen über die Frühformen des internen Kehlkopfkrebses vollzogen hatte, dafür gibt es keinen belehrenderen Anhaltspunkt, als einen Vergleich der betreffenden Angaben in der zweiten und dritten Auflage des Gottstein'schen Lehrbuchs. Hatte der Verfasser in der zweiten, 1888 erschienenen Auflage noch angegeben, dass die laryngoskopische Untersuchung mannigfache und nicht immer charakteristische Bilder ergäbe; dass man im Anfangsstadium, welches man übrigens selten zur Beobachtung bekäme, je nach dem Sitz der Erkrankung eine diffuse Anschwellung sehe, die durch nichts ihre bösartige Natur zu erkennen gäbe; und hatte er die ganze Frage der laryngoskopischen Untersuchung in 16 Zeilen erledigt, so finden sich in der dritten, nur zwei Jahre später erschienenen Auflage

1) Deutsche med. Wochenschr. 1889. No. 1—6.

2) Diskussion über den Kehlkopfkrebs beim Berliner internationalen med. Kongress. „Die Krankheiten des Kehlkopfs.“ 3. Aufl. 1890. S. 192.

3) Internationales Centralblatt für Laryng. etc. Vol. IX. S. 316.

4) Ibidem. S. 418.

5) Berliner klinische Wochenschr. 1887. No. 32.

bereits fast alle von mir in der Sammelforschung und von Fraenkel in der genannten Arbeit mitgeteilten Anhaltspunkte für die Frühdiagnose entsprechend gewürdigt.

Nichtsdestoweniger ist in mir allmählich die Ueberzeugung gereift — eine Ueberzeugung, die nach der Lektüre der eben erschienenen Sendziak'schen[1]) Monographie fast zur Gewissheit geworden ist — dass gerade die über die Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses handelnden Abschnitte der Sammelforschung auf dem europäischen Kontinent und in Amerika nicht die allgemeine Beachtung gefunden haben, welche dem Ergebnis der Sammelforschung selbst und einigen ihrer Kapitel (wie z. B. dem über die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente für die Diagnose) in so überaus erfreulichem Masse zuteil geworden ist. Woran das liegt, ist nicht leicht zu sagen. Es mag sein, dass viele Leser in dem Glauben, dass die betreffenden Abschnitte nur in entferntem Zusammenhange mit der Kernfrage der Sammelforschung stünden, über dieselben hinweggegangen sind; wahrscheinlicher dünkt es mich aber, dass die Opposition, welche mehrere meiner Angaben gleich nach ihrem Erscheinen in Deutschland erfuhren (s. o.), Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit erregt haben. Jedenfalls kann an der Tatsache selbst kaum ein Zweifel bestehen, und zwar schliesse ich dies einerseits aus der Kürze, resp. dem Schweigen, mit welchem viele der gelesensten modernen Lehrbücher der Kehlkopfkrankheiten und sogar der Spezialarbeiten über den Kehlkopfkrebs, über die betreffenden Angaben hinweggehen (die Sendziak'sche Monographie liefert ein ganz besonders beweisendes Beispiel hierfür); vor allem aber aus der merkwürdig verschiedenen Entwickelung der Dinge, welche die Frage der Radikaloperation des Kehlkopfkrebses seit 1888 in den verschiedenen Kulturländern genommen hat.

Während nämlich bis zum genannten Jahre die ganze Frage der Radikaloperation bösartiger Kehlkopfneubildungen sich allerorts in fast völlig parallelen Linien bewegt hatte, divergiert von jenem Jahre an die Weiterentwickelung der Dinge in Grossbritannien auf das Auffallendste von derjenigen in anderen Ländern. Das ist schon Hansberg und Sendziak aufgefallen, ohne dass aber meines Erachtens diese Autoren die richtige Erklärung für die Tatsache gegeben hätten. Diese Erklärung beruht — wenn ich mir erlauben darf, ganz freimütig zu sprechen — meines Erachtens in der Tatsache, dass die britischen Laryngologen meinen Angaben, unbeirrt durch die auf dem Kontinent gemachten Einwürfe, vertraut haben, und hierdurch dazu gelangt sind, nicht nur in vereinzelten Fällen, sondern in der Majorität aller Fälle von innerem Kehlkopfkrebs die Diagnose zu einer unverhältnismässig früheren Zeit zu stellen, als dies bis dahin möglich geworden war. Das ist in England selbst wiederholt in den Sitzungen der Londoner laryngologischen Gesellschaft anerkannt worden.

1) Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfs und ihre Radikalbehandlung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1897.

Die nächste Folge hiervon war, dess man im Allgemeinen viel früher operativ vorging, als dies bis dahin der Fall gewesen war, und hieran schloss sich wiederum die Erkenntnis, das man in der grossen Mehrzahl der Fälle mit einem viel geringeren Eingriff (nämlich der Thyreotomie) ausreiche, als bis dahin angenommen war.

Das Verdienst, dies zuerst erkannt und den Mut gehabt zu haben, mit der Bruns'schen Lehre definitiv zu brechen, gebührt unzweifelhaft meinem Freunde Butlin. Auch er hatte früher völlig auf dem Boden der Bruns'schen Lehre gestanden, und in seiner bekannten Monographie über den Kehlkopfkrebs[1]), noch wenige Jahre früher, direkt ausgesprochen (S. 56), dass „nicht die geringste Ermutigung durch die vorliegenden Berichte zu gewinnen sei, dass man die Thyreotomie oder die Pharyngotomia subhyoidea für die Entfernung des Kehlkopfkrebses, sei er innerlich oder äusserlich, vornehmen solle. Das Leiden sei augenscheinlich viel zu tief sitzend, um seine Entfernung durch eine so geringe Operation zu ermöglichen.“ — Nun aber, wo er mit Hilfe der neu gegebenen diagnostischen Anhaltspunkte in die Lage kam, wiederholt den Kehlkopf weit früher zu eröffnen, als man dies bis dahin getan hatte, wo er fand, dass das Leiden noch nicht so tief sitzend sei, als dies bei den Operationen früherer Zeit der Fall gewesen war; wo er sah, dass es sich nur um eine Infiltration der Weichteile, noch nicht des Perichondriums oder der Knorpel handelte, brach sich bei ihm die Ueberzeugung Bahn, dass man doch mit dem geringeren Eingriff der Thyreotomie ausreichen könnte. Er hatte den Mut, dieser Ueberzeugung gemäss zu handeln, und seine Resultate ermutigten ihn zu weiterem Vorgehen auf der neu betretenen Bahn.

Der erste Proselyt, den er machte, war ich. Freilich folgte ich seinem Beispiel nur mit schweren Bedenken. Es liegt in der menschlichen Natur, dass man sich nicht leicht von einem Dogma freimacht, unter dessen Herrschaft man lange gestanden hat, zumal, wenn einerseits dasselbe so sehr durch die Tatsachen begründet scheint, wie die Bruns'sche Lehre, zum andern, wenn das Abgehen von ihm vermeidbare Gefahren heraufzubeschwören droht. Ich bekenne freimütig, dass mir der Gedanke an die Gefahr der Recidive, die nach der Bruns'schen Zusammenstellung bei der Thyreotomie fast ausnahmslos aufträten, während die Aussichten bei der partiellen Kehlkopfexstirpation in dieser Hinsicht so viel bessere zu sein schienen, — eben so grosse Zweifel an der Rätlichkeit, zu der geringeren Operation zurückzukehren, wachrief, als sie noch gegenwärtig den grösseren Teil der kontinentalen und amerikanischen Laryngologen und Chirurgen zu beseelen scheinen. Als aber in mehreren Fällen, in welchen jedenfalls eine Radikaloperation beschlossen war, es sich nach der Eröffnung des Kehlkopfs zeigte, dass das Leiden noch völlig auf die Weichteile beschränkt war und auch diese nur in wohl

1) Malignant disease of the larynx. London. J. u. A. Churchill. 1883.

umschriebener und mässiger Ausdehnung erfasst hatte, konnte ich meine Augen nicht länger der Tatsache verschliessen, dass in diesen Fällen die Entfernung des halben Kehlkopfs oder überhaupt grösserer Knorpelabschnitte vollständig überflüssig war, und folgte daher Butlin's Beispiel. Meine Resultate waren durchaus erfreulich, nicht nur was das unmittelbare Ergebnis der Operation, sondern auch was das Ausbleiben von Recidiven anbetraf. Mit diesen Resultaten wuchs einerseits der Mut zum weiteren Vorgehen auf der betretenen Bahn, und reifte andererseits die Erkenntnis, dass der Bruns'sche Satz, der seiner Zeit ja durchaus berechtigt war, nur auf dem Boden der Tatsache entstehen konnte, dass in früherer Zeit die meisten der mittelst der Thyreotomie behandelten Fälle sich für diese Operation überhaupt nicht geeignet hatten, und dass gegenwärtig, nach der Verbesserung der Frühdiagnose, für diese Methode eine neue Epoche anbräche!

Der früheren Vornahme der Operation und ihrer Beschränkung auf weit kleinere Abschnitte des Kehlkopfes folgten naturgemäss Verbesserungen in der Technik. Auch hier war Butlin wieder der Pionier.

Bevor ich aber auf die von ihm eingeführten Verbesserungen der Technik, welche hauptsächlich die Schritte von dem Augenblicke der Beendigung der eigentlichen Operation betreffen, eingehe, möchte ich einen Augenblick bei einer Massregel verweilen, welche ich in die Technik der Operation selbst eingeführt habe: nämlich der zweimal wiederholten Bepinselung des eigentlichen Operationsfeldes nach Eröffnung des Kehlkopfes mit einer 10—20 proz. Cocainlösung.

Ich hoffe, die Herren Chirurgen von Fach werden in dieser Massregel nicht eine spezialistische Kleinigkeitskrämerei erblicken; sie bildet vielmehr nach meiner Erfahrung eine recht wichtige Verbesserung unserer Technik. Bei einer Operation, wo zur Vermeidung von Recidiven alles darauf ankommt, nichts Krankhaftes zurückzulassen, ist es selbstverständlich von höchster Wichtigkeit, die äusserst störende parenchymatöse Blutung zu vermeiden, welche in dem Augenblick eintritt, wo die Neubildung im Gesunden umschnitten wird (hierüber weiterhin mehr). Die Blutleere, welche nach zwei bis drei Minuten der Cocainbepinselung in den betreffenden Schleimhautbezirken folgt, gestattet, diesen Hauptzweck der Operation mit unvergleichlich viel grösserer Sicherheit zu erreichen, als wenn man immerwährend zum Abwischen des heraufquellenden Bluts mittelst aseptischer Schwämme oder Wattebäusche seine Zuflucht nehmen muss. — Ausserdem aber bietet sie noch einen anderen grossen Vorteil. Bei der überaus grossen Erregbarkeit der Schleimhaut der Hinterwand des Kehlkopfes führt sowohl das Herablaufen von Blut, wie noch mehr der Akt des Abwischens desselben (ausser wenn der Patient sich in tiefster Narkose befindet) zu immerwährendem Husten, und damit zu immerwährenden krampfhaften Auf- und Abwärtsbewegungen des Kehlkopfes, welche die Vornahme delikater Operationen in demselben auf unangenehme Weise stören. Auch

dieses wird durch die Cocainbepinselung vollständig vermieden. Man muss die Operation mit und ohne Cocainbepinselung vorgenommen haben, um zu wissen, wie gross die durch das Cocain erzielte Verbesserung des operativen Vorgehens ist! —

Ich komme nunmehr zu den von Butlin eingeführten Verbesserungen in der Technik der Nachbehandlung.

Er brach zuerst mit dem ursprünglich auch für die Thyreotomie befolgten Hahn'schen Grundsatze: die Tamponkanüle 24 Stunden nach der Operation im Halse des Kranken zu belassen und sie dann für mehrere Tage durch eine gewöhnliche, mit einem Gummischlauch überzogene Kanüle zu ersetzen, indem er die Tamponkanüle unmittelbar nach der Operation entfernte, und überhaupt keine andere Kanüle einführte! — Auch in dieser Beziehung folgte ich ihm, wie ich schon 1894 in meiner in der Lancet veröffentlichten Arbeit gestanden habe, nur mit Zittern und Zagen. Die theoretische Befürchtung einer Nachblutung liegt so nahe, dass ich mich nur sehr zögernd entschloss, die Tamponkanüle gleich nach der Operation zu entfernen. Als aber in zwei Fällen, von denen der eine sich in meiner eigenen Praxis, der andere in der eines Freundes ereignete, der tödliche Ausgang nicht unwahrscheinlich auf eine durch den Schwamm der Kanüle bedingte Sepsis zurückzuführen war, (in meinem eigenen Falle roch der Schwamm der nach 24 Stunden entfernten Tamponkanüle ganz entsetzlich, obwohl er nach antiseptischen Grundsätzen präpariert und unmittelbar vor der Operation noch einmal mit Jodoform eingestäubt war) — machten diese Vorkommnisse mich geneigt, Butlin's Vorgehen zu folgen, und ich habe dies nicht zu bereuen gehabt. Ich habe seit Weglassen der Kanüle bisher glücklicherweise niemals eine Nachblutung erlebt.

Eine weitere Butlin'sche Modifikation der Nachbehandlung: das Weglassen der Jodoformgazestreifen, mit welchen der Kehlkopf nach der Operation austamponiert wurde, adoptierte ich ohne jedes Zögern. Von der ersten Radikaloperation an, welche ich je gesehen — es war dies die halbseitige Kehlkopfexstirpation, welche mein Freund Hahn bei Mr. Montagu Williams ausführte — war es mir sehr zweifelhaft erschienen, ob diese für Wunden an anderen Stellen des Körpers ja sehr brauchbare Methode für den Kehlkopf wünschenswert sei. Theoretisch liegt es auf der Hand, dass der von dem Tampon konstant auf die hintere Wand des Kehlkopfs, d. h. auf die äusserst empfindlichen Endausbreitungen des sensiblen Nervus laryngeus superior, ausgeübte Reiz eine immerwährende Hustenquelle und den ersten Anstoss zu späteren Bronchialkomplikationen bilden dürfte, und die Erfahrungen, die ich in mehreren Fällen machte, bestätigten praktisch diese theoretische Befürchtung. — Ausserdem aber ereignete es sich wiederholt, dass die langen Gazestreifen, nachdem sie mit dem Sekret der Wunde und den aus dem Rachen herabkommenden Sekreten getränkt waren, sich trotz sorgfältigster Packung allmählich aus ihrer ursprüng-

lichen Lage entfernten und teilweise in die tieferen Luftwege herabhingen, wo sie sich natürlich vollständig wie Fremdkörper verhielten und die Teile konstant reizten. In einem Falle speziell wurde ich mitten in der Nacht wegen eines schweren Erstickungsanfalls zu einem Patienten gerufen, und fand bei der Entfernung der gewöhnlichen Tracheotomiekanüle, welche ich derzeit nach Hahn's Vorgehen mehrere Tage liegen liess, dass ihr unteres Ende durch das untere Ende des Gazetampons verstopft war, welcher in die Luftröhre herabgehangen hatte, und bei einem Hustenstoss in das untere Ende der Kanüle hinaufgeschleudert worden war.

Es bedurfte unter diesen Umständen keiner besonderen Verlockung, weniger lästige Methoden der Nachbehandlung zu versuchen, und so entschloss ich mich gern nach Butlin's Vorschlag, die Tamponade durch wiederholte Einblasung von Jodoform oder von einer Mischung von Jodoform und Borsäure durch die äussere Wunde zu ersetzen. Ich brauche indessen auf diese Methode, die sich in meiner Arbeit in der Lancet ausführlicher beschrieben findet, nicht weiter einzugehen, weil sie nur eine vorübergehende Phase in unserer Nachbehandlung darstellte, und gegenwärtig definitiv zu Gunsten sofortiger Vereinigung der Schildknorpelplatten nach Beendigung der Operation verlassen worden ist. — Dagegen muss ich einen Augenblick bei der Frage verweilen, ob es ratsam ist, auch die äussere Wunde sofort nach der Operation zu schliessen. Seit 1894, wo ich bereits die Frage diskutierte, ob man, statt die äussere Wunde ihrer ganzen Länge nach offen zu behandeln, nicht versuchen sollte, den oberen und grösseren Teil derselben sofort nach der Operation zu schliessen, und nur ihren untersten Abschnitt zu besonderen Zwecken offen zu halten, habe ich diese Frage in die Tat umgesetzt, und in meinen vier[1]) letzten Fällen den bei weitem grösseren Teil der äusseren Wunde sofort nach dem Ende der Operation geschlossen. Dies hat eine bedeutend schnellere Wundheilung und Abkürzung der Nachbehandlung zur Folge gehabt. Es sind mir auch zwei Fälle bekannt, in denen die ganze äussere Wunde unmittelbar nach der Operation geschlossen worden ist. In einem derselben verlief die Wundheilung ungestört; im anderen bildete sich ein Abszess vor dem Schildknorpel, der geöffnet werden musste. — Abgesehen aber auch von der Möglichkeit letzteren Ereignisses halte ich es für zweifelhaft, ob man in dem sofortigen Schluss der ganzen äusseren Wunde einen wirklichen Fortschritt zu erblicken hat. Einmal ist bei der unvermeidlich vielbuchtigen Natur der vor dem Kehlkopf gelegenen Wunde die Gefahr der Sepsis theoretisch grösser, wenn von vorn herein freie Drainage verhindert wird; zum andern beraubt man sich durch den totalen Verschluss der äusseren Wunde der Möglichkeit zu sehen, ob der Kehlkopf beim Trinken von Flüssigkeiten vollständig abgeschlossen wird. Letzteres ist ohne Zweifel ein äusserst wesentlicher Punkt, da die grosse Gefahr von Lungenkomplikationen eben in dem

1) Auch in einem vor wenigen Tagen operierten neuen Falle, der bisher ganz nach Wunsch verläuft, bin ich in dieser Weise vorgegangen.

Hinabgelangen von Flüssigkeiten, sei es Blut, sei es Nahrung, in die tieferen Luftwege beruht. Nachdem einmal in meiner Praxis eine septische Pneumonie fast zweifellos dadurch bedingt worden war, dass bei dem Einflössen von Milch durch die Schlundsonde ein Teil der Flüssigkeit in die tieferen Luftwege gelangte und nicht in toto ausgehustet wurde — dies Missgeschick, das übrigens nicht mir, wie man aus der Hansberg'schen Darstellung (l. c. pp. 169, 170) schliessen könnte, sondern dem befreundeten Chirurgen, welcher die Operation für mich ausführte, passierte, und, da die Fütterung gegen meinen Wunsch erfolgte, die direkte Veranlassung für mich gebildet hat, die Operation in Zukunft selbst auszuführen — habe ich den Gebrauch der Schlundsonde in diesen Fällen auf das Minimum beschränkt, und füttere in Fällen, in welchen die Patienten nicht gefahrlos schlucken können, lieber ein paar Tage mittels ernährender Klystiere. In der bei weitem grösseren Zahl der Fälle aber ist es möglich, die Kranken bereits am ersten oder zweiten Tage aus einer Schnabeltasse, die in den unteren Mundwinkel eingeführt wird, während der Patient vollständig horizontal in Seitenlage auf der operierten Seite liegt und den Kopf etwas über den Rand des Bettes herabbeugt, flüssige Nahrung mittels des natürlichen Schluckakts geniessen zu lassen. Ehe man aber ihnen sterilisierte Milch zu trinken gibt, welche das erste ihnen dargereichte Nahrungsmittel sein sollte, ist es von grosser Wichtigkeit, sich davon zu überzeugen, dass der Kehlkopf beim Schlingakt wirklich abschliesst und nichts von der Flüssigkeit in die Luftwege gelangt. Das ermittelt man, indem man den Kranken zunächst statt der Milch einige Schlucke Wassers zu sich nehmen lässt, und vor dem Kranken knieend darüber wacht, ob nach dem Schluckakt Wasser aus der äusseren Halswunde entweicht. Ist dies der Fall, so ist es selbstverständlich, dass man zunächst darauf verzichten muss, die Nahrung durch eigene Schluckbewegungen des Kranken einführen zu lassen. — Schliesst man aber die äussere Wunde vollständig, so beraubt man sich dieses wertvollen Anhaltspunktes. Ich halte es also vor der Hand noch viel besser, den untersten Teil der Wunde in der Länge von etwa 2—3 Centimeter offen zu lassen, und dieselbe erst nach Ablauf des zweiten oder dritten Tages, wenn bis dahin alles gut gegangen ist, zu schliessen. Erleichtert wird das dadurch, dass man, während der Kranke sich noch unter Narkose befindet, Pferdehaarsuturen auch in den unteren Teil der äusseren Wunde einlegt, dieselben aber, statt die Ränder des unteren Teils der Wunde sofort mit einander zu vereinigen, wie man dies in dem längeren oberen Teil der Wunde tut, in der Weise sichert, dass man die Enden der Suturen in einer Distanz von 3—4 Centimetern von der Wunde mit einander verknüpft. Am zweiten bis vierten Tage vereinigt man dann, wenn alles so weit gut gegangen ist, auch den unteren Teil der Wundränder. Die Dauer der Nachbehandlung wird dadurch nicht vergrössert.

Ich bin auf die vorstehenden Punkte detailliert eingegangen, weil ich aus wiederholten Unterhaltungen mit Fachgenossen weiss, dass sie teilweise nicht allgemein bekannt geworden sind, teilweise Bedenken erregt haben, und weil ich zu zeigen wünschte, dass sie sämmtlich nicht unwesentliche Faktoren zum Gelingen der Operation darstellen, und dass sie die Resultate praktischer Erfahrungen repräsentieren, die sich im Verlaufe der Zeit gefestigt haben. — Nunmehr will ich eine präzise Darstellung des Verlaufs der Operation geben, wie ich sie im gegenwärtigen Augenblicke vollziehe, wobei natürlich nicht ausgeschlossen ist, dass mit noch grösserer Erfahrung weitere Modifikationen in der Operation selbst, resp. ihrer Nachbehandlung, vorgenommen werden mögen.

Vier allgemeine Grundsätze stelle ich dieser Beschreibung voraus:

1. Der Umfang der frühen Radikaloperation bösartiger Kehlkopfneubildungen, d. h. die Frage, ob blosse Entfernung von Weichteilen oder Resektion von Knorpelabschnitten notwendig sei, kann in vielen Fällen erst nach der Eröffnung des Kehlkopfs selbst mit Sicherheit bestimmt werden.

Die Notwendigkeit dieses Grundsatzes erhellt aus der von mir zuerst konstatierten[1]) und später von vielen Seiten bestätigten Tatsache, dass die bösartigen Neubildungen sich häufig nach des der Eröffnung des Kehlkopfs beträchtlich weiter fortgeschritten zeigen, als dies nach der laryngoskopischen Untersuchung den Anschein hatte. Es wird daher auch rätlich sein, niemals mit der bestimmten Absicht, nur die Thyreotomie ausführen zu wollen, an die Radikaloperationen heranzutreten, und deren Umfang vielmehr ganz und gar von dem tatsächlichen Befunde abhängig zu machen.

2. So wünschenswert es ist, dem Kranken eine brauchbare Stimme zu erhalten, so darf in dieser Beziehung keine falsche Sentimentalität walten. Die **erste** Pflicht des Operateurs ist es, im ganzen Umfange der Geschwulst **überall** in genügender Entfernung von der bösartigen Neubildung im Gesunden zu operieren, und dieser Pflicht müssen, um das Auftreten von Recidiven möglichst zu verhindern, alle phonetischen Rücksichten untergeordnet werden.

Dieser Grundsatz ist eine einfache Folge des ersten. Oft genug findet man, zumal wenn die Neubildung den vorderen Teil eines Stimmbandes einnimmt, laryngoskopisch aber noch vollständig auf dasselbe beschränkt zu sein scheint, nach Spaltung des Kehlkopfs, dass sie in Wirklichkeit bereits auf die vordere Kommissur und den vordersten Abschnitt des anderen Stimmbandes übergegriffen hat[2]). So bedauerlich es auch

---

1) Internationales Centralbl. f. Laryngol. Bd. VI. S. 288.

2) In meinem letzten, vor wenigen Tagen operierten Falle war es mir selbst nach Eröffnung des Schildknorpels zweifelhaft, ob die vom linken Stimmbande ausgehende Neubildung auf das rechte übergegangen sei. Ich befühlte letzteres, um mich zu überzeugen, ob der vordere Abschnitt infiltriert sei. Dabei eröffnete sich ein

ist, in diesen Fällen nicht nur das erstergriffene, sondern auch einen beträchtlichen Abschnitt des anderen Stimmbandes entfernen zu müssen, so kann kein Zweifel darüber bestehen, dass es unter diesen Umständen die Pflicht des Operateurs ist, die Stimme der Verhinderung von Recidiven zu opfern.

3. Bei der Vornahme der Radikaloperation ist eine der wichtigsten Pflichten: möglichste Verhinderung septischer Komplikationen. Von diesem Gesichtspunkte aus ist es durchaus erforderlich, das Hinabgelangen von Blut in die tieferen Luftwege möglichst zu vermeiden.

Mit anderen Worten: die Thyreotomie sollte niemals zu einer Bravouroperation gemacht werden! — Da in den einschlägigen Fällen fast niemals stärkere Dyspnoe vorhanden ist, welche den Operateur dazu zwingt, die Trachea à tout prix so schnell wie möglich zu eröffnen und die Tamponkanüle einzuführen, so mache man es sich zum Grundsatz, langsam und methodisch vorzugehen, und vor Eröffnung der Trachea jegliche Blutung aus den vor ihr liegenden Weichteilen vollständig zu stillen[1]). Genau dasselbe gilt für die Eröffnung des Kehlkopfes selbst.

4. Als Anaestheticum bei der Radikaloperation des Kehlkopfs sollte womöglich immer Chloroform gewählt werden.

Die Notwendigkeit dieses Grundsatzes ergibt sich ebenfalls aus der Pflicht, bei einer Operation, in welcher die Hauptgefahr in Komplikationen seitens der Atmungsorgane liegt, jede Reizung derselben zu vermeiden. Dass die Aethernarkose eine derartige Tendenz hat, weiss Jedermann. Ich selbst habe einen per rectum ätherisierten Patienten an Aethervergiftung am Tage nach der Operation verloren; in diesem Falle zeigten sich bei der Obduktion nicht nur die Därme, sondern auch die Bronchien im Zustande intensivster Entzündung mit zahlreichen kleinen Hämorrhagien auf die Oberfläche. Dieser Zustand erstreckte sich von den grössten zu den kleinsten Bronchien in beiden Lungen[2]). — Aus einem ganz kürzlich mit Dr. J. Solis-Cohen (Philadelphia) gepflogenen

Einblick in den rechten Morgagni'schen Ventrikel, und es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass der Krebs in letzteren hineingewuchert war! — Laryngoskopisch war hiervon natürlich nichts wahrnehmbar gewesen. Selbstverständlich entfernte ich nunmehr auch alles Erkrankte und seine Umgebung an der rechten Seite des Kehlkopfs.

1) Während der Abfassung dieser Arbeit war ich vor wenigen Tagen Zuschauer bei einer wegen syphilitischer Kehlkopfverengerung vorgenommenen Thyreotomie. Die Dyspnoe war durchaus nicht bedrohlich, der Patient aber, ein Alkoholiker mit kurzem dicken Hals, blutete sehr stark. Ohne dass eine besondere Veranlassung vorlag, öffnete der Operateur die Trachea, während die Blutung fortdauerte. Ehe die Tamponkanüle eingeführt werden konnte, gelangte eine sehr beträchtliche Quantität von Blut in die tieferen Luftwege, und während des weiteren Verlaufs der Operation hustete der Patient wiederholt grössere Blutmengen aus. Am Tage nach der Operation begann eine septische Pneumonie, welcher der Patient drei Tage später erlag. — Dieser bedauerliche Ausgang wäre, meiner Ueberzeugung nach, aller Wahrscheinlichkeit nach vermieden worden, wenn die Blutung vollständig gestillt worden wäre, ehe die Luftröhre geöffnet wurde.

2) Lancet. Dec. 1894. Fall 6 der Tabelle.

Briefwechsel entnehme ich, dass auch dieser erfahrene Laryngolog einen grossen Teil der Komplikationen seitens der Atmungsorgane, welche nach der Operation zu fürchten sind, auf Grund der Aethernarkose zu setzen geneigt ist, welche, seiner Mitteilung zufolge, in Amerika bei diesen Operationen fast ausschliesslich angewandt wird.

Die Operation selbst führe ich gegenwärtig folgendermassen aus:

Nach gründlicher Reinigung des ganzen Operationsfeldes zunächst mit Wasser und Seife, sodann mit einer schwachen Sublimatlösung wird die Tracheotomie vorgenommen. Es empfiehlt sich, von vornherein einen grossen Hautschnitt, der etwa vom oberen Rande des Zungenbeins bis nahe ans Sternum reicht, zu machen, um später so viel Raum als möglich für die Operation im Innern des Kehlkopfs zu haben.

Die Trachea wird erst geöffnet, wenn alle Blutung aus den vor ihr gelegenen Weichteilen gestillt ist. Sodann wird die Hahn'sche Tamponkanüle, von deren vollständig aseptischen Beschaffenheit der Operateur sich vorher vergewissert hat, eingeführt, und nunmehr — nach der Uhr — 10 Minuten gewartet, ehe der Kehlkopf selbst geöffnet wird, um dem Schwamm der Kanüle Zeit zu geben, sich auszudehnen und die tieferen Luftwege vollständig von den oberen abzuschliessen.

Diese 10 Minuten werden dazu benutzt, den Schildknorpel selbst, resp. die der affizierten Seite entsprechende Hälfte desselben, mittels Messers und Raspatoriums vollständig freizulegen.

Sobald auch hier die Blutung vollständig gestillt ist und die 10 Minuten verflossen sind, wird der Kehlkopf, genau in der Mittellinie, geöffnet. Bisweilen genügt hierzu das Scalpell, bei den meisten Patienten aber, bei denen diese Operation nötig wird, ist der Schildknorpel bereits verknöchert, und man hat sich entweder einer dünnen starken Knochenschere oder einer feinen Säge zu bedienen, um die Eröffnung vorzunehmen. In jedem Fall ist gewaltsames Vorgehen zu vermeiden. — Die eben erwähnte Verknöcherung erschwert auch in einem beträchtlichen Bruchteil der Fälle die Inspektion des Kehlkopfinnern und noch mehr die Vornahme des eigentlichen Operationsakts in demselben; es empfiehlt sich, zwei Stränge starker aseptischer Seide durch die beiden Schildknorpelhälften in genügender Entfernung vom späteren Operationsfelde zu führen, die Enden jedes derselben zu verknüpfen, und sie von einem Assistenten sanft anspannen zu lassen. Man gewinnt dadurch mehr Raum im Innern des Kehlkopfes, als wenn die Hälften mit Retraktoren zurückgehalten werden. Auch hier ist selbstverständlich jede Gewalt zu vermeiden. Gewöhnlich gelingt es, die Seidenstränge mittelst einer starken Nadel und eines Nadelleiters durch den Knorpel zu führen; in diesem Falle können sie später für die Vereinigung der Schildknorpelplatte mittels Silberdrahts benutzt werden.

In diesem Stadium der Operation wird es gewöhnlich notwendig, das Operationsfeld vor dem Eindringen des oft in excessiver Quantität abge-

sonderten Rachenschleims in den Kehlkopf durch die Tamponade des unteren Pharynxabschnittes zu schützen. Zu diesem Zwecke wird ein ziemlich grosser, aseptischer Schwamm, der an einem langen, aseptischen, starken Seidenfaden befestigt ist, von der Kehlkopfwunde aus in den unteren Pharynxabschnitt eingeführt. Der Schwamm muss so gross sein, dass er diesen Teil vollständig verschliesst. Es gibt aber Fälle, in welchen der Kehlkopf vollständig trocken bleibt, und der eben geschilderte Akt nicht notwendig wird.

Der Operateur bewaffnet sich nun mit einem Stirnspiegel, um das Innere des Kehlkopfs mit reflektiertem Licht zu übersehen. In einigen wenigen Fällen, in welchen es möglich ist, die Schildknorpelplatten weit auseinander zu halten und in denen gutes Tageslicht in den Kehlkopf fällt, mag dies nicht erforderlich sein. Immerhin wird man gut tun, den Stirnspiegel und eine gute künstliche Lichtquelle zur Hand zu haben, um ganz sicher zu sein, dass man überall im Gesunden und in genügender Distanz von der Neubildung selbst operiert. Die kleine Trouvé'sche elektrische Lampe eignet sich vorzüglich für diesen Zweck.

Schliesslich wird, ehe man die eigentliche Operation im Kehlkopf beginnt, das ganze Innere des Organs zweimal in Intervallen von 1—2 Minuten mit einer 10—20 prozentigen Cocainlösung mittelst eines weichen Pinsels gründlich ausgepinselt, um die Kapillaren zu kontrahieren und das Auslösen von Reflexhusten, besonders von der hinteren Kehlkopfwand, zu verhüten.

Nachdem man nunmehr 2—3 Minuten gewartet hat, um das Cocain seine Wirksamkeit entfalten zu lassen, ein Zeitraum, der mit Vorteil zur gründlichsten Inspektion des Umfangs und Sitzes der Neubildung verwandt wird, macht man zwei elliptische oder halbkreisförmige Schnitte, welche sich durch die gesamten Weichteile bis auf das Perichondrium erstrecken, und sich vorn und hinten vereinigen, in einer Distanz von nicht weniger als 1½—1¾ Zentimeter um die ganze Neubildung herum, um letztere vollständig zu isolieren. Es kann nicht genügend genug darauf gedrungen werden, dass diese Schnitte überall in genügender Distanz von der Neubildung selbst geführt werden, da ein Operieren in zu grosser Nachbarschaft der Geschwulst, an einer einzigen Stelle die Gefahr eines Recidivs mit sich bringt, auch wenn überall sonst die Schnittführung in genügender Distanz von dem Neoplasma erfolgt ist! — So wünschenswert es auch ist, nicht mehr von den stimmerzeugenden Teilen des Kehlkopfs zu entfernen als wirklich notwendig ist, so darf keine falsche Sentimentalität mit Bezug auf Erhaltung der Stimme die Gründlichkeit der Operation beeinträchtigen: Leben und Verhinderung von Recidiven stehen in erster, die Stimme erst in zweiter Linie! — Von den beiden Schnitten sollte der untere zuerst geführt werden, um im Falle, dass doch etwas parenchymatöse Blutung eintreten sollte, trotzdem die Schnittführung des oberen genau beurteilen zu können. Sollte sich nach der Eröffnung des Kehlkopfs herausstellen, dass die Neubildung

weiter fortgeschritten ist, als man nach der laryngoskopischen Untersuchung erwarten konnte, so muss der Operateur selbstverständlich seine ursprünglichen Operationspläne demgemäss abändern, und statt nur die beabsichtigte Thyreotomie mit der Entfernung von Weichteilen auszuführen, darauf vorbereitet sein, auch die Resektion von Knorpelteilen oder selbst die halbseitige Kehlkopfexstirpation vorzunehmen.

Kann die Operation auf die blosse Entfernung von Weichteilen beschränkt werden, so wird nunmehr die Neubildung selbst mit der Pinzette erfasst, und das ganze durch die beiden elliptischen Schnitte begrenzte Gebiet mit einer gekrümmten Schere exzidiert; die Spitzen der Schere sind so dicht als möglich gegen den Knorpel selbst anzudrücken. Leider ist es gewöhnlich nur in den Fällen, in welchen das Neoplasma noch vollständig auf ein Stimmband beschränkt ist, möglich, es in toto in einem Stücke zu entfernen, und in der Regel ist man gezwungen, die Neubildung stückweise abzutragen. Gerade während dieses Aktes zeigt sich der Nutzen der vorhergehenden Cocainbepinselung in dem Ausbleiben der sonst fast immer eintretenden, unaufhörlichen, parenchymatösen Blutung. — Ganz kürzlich hat Lambert Lack[1]) auf die Gefahr der Infektion der Wunde mit krebsigem Material beim Operieren aufmerksam gemacht. Die Möglichkeit soll nicht bestritten werden. Die Gefahr selbst erscheint mir nach meinen Erfahrungen ziemlich fern liegend; immerhin empfiehlt es sich, die Geschwulst, wenn irgend möglich, in einem Stücke zu entfernen.

Nachdem die ganze Neubildung mit der durch die elliptischen Schnitte eingeschlossenen gesunden Nachbarschaft auf diese Weise entfernt ist, inspiziert man noch einmal aufs sorgfältigste, ob irgendwo noch eine verdächtige Stelle existiert, und kratzt dann die Basis des ganzen entfernten Abschnitts energisch mit dem Volkmann'schen scharfen Löffel aus. Sollte die Neubildung im vorderen Schildknorpelwinkel sitzen und somit nach Eröffnung des Schildknorpels beide Seiten der Wunde infiziert sein, so müssen selbstverständlich beide genau in der beschriebenen Weise behandelt werden. Nur in seltenen Fällen wird es notwendig sein, zum Schluss den Galvano- oder Thermokauter zu applizieren. Wenn möglich vermeide ich dies.

Nachdem sodann alle intralaryngeale Blutung aufs sorgfältigste gestillt ist, — selbst kleine blutende Gefässe werden unterbunden oder mit Torsion behandelt — wird das ganze Innere der Kehlkopfwunde mit desodoriertem Jodoform oder mit einer Mischung von Jodoform und Borsäure zu gleichen Teilen gründlich ausgerieben, und der Kehlkopf, falls er nicht verknöchert ist, durch Pferdehaarsuturen, sollte er verknöchert sein, durch Silberdraht geschlossen. Es ist dabei natürlich notwendig, auf genaue Koaptation der beiden Schildknorpelhälften die

---

1) Contribution to the operative treatment of malignant disease of the larynx, with special reference to the danger of cancerous wound infection. Lancet. June 13. 1896.

grösste Sorgfalt zu verwenden, um Stimmstörungen späterhin so sehr als möglich zu vermeiden.

Die beiden Hälften des Ringknorpels, welcher in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls gespalten werden muss, um Raum für die Operation im Innern des Kehlkopfs zu gewinnen, mögen sodann ebenfalls vereinigt werden, doch ist das nicht unbedingt notwendig.

Nach der Vernähung des Schildknorpels werden die vor ihm gelegenen Weichteile und die ganze Tracheotomiewunde, ebenso wie vorher die Weichteile im Innern des Kehlkopfs, mit Jodoform oder einer Jodoform-Borsäure-Mischung gehörig eingerieben, und nunmehr Pferdehaarnähte durch die ganze Länge der äusseren Wunde angelegt. Die Nähte im grösseren oberen Teile derselben werden sofort mit einander vereinigt, nur die dem tiefsten Abschnitt der Tracheotomiewunde entsprechenden untersten drei bis vier Suturenden werden vorläufig in der Distanz von etwa drei bis vier Zentimetern von der Wand korrespondierend mit einander provisorisch verknüpft, und dieser Teil der Wunde offen gelassen, um freie Drainage zu ermöglichen. Dann wird der äussere Hals gründlich vom Blut etc. gereinigt, die Umgebung der Wunde mit Jodoform bestreut, und die ganze Wunde mit Cyanidgaze bedeckt.

Nach Beendigung der Operation wird der Patient in vollständig horizontaler Seitenlage, mit nur einem kleinen Kissen unter dem Kopf, und die operierte Seite nach unten, ins Bett zurückgebracht, und diese Lage so viel als möglich während der ersten 24 Stunden innegehalten. Es wird hierdurch das Ablaufen der Sekrete von der äusseren Wunde aus erleichtert. Die Cyanidgaze muss so oft erneuert werden, als sie von Sekret durchtränkt ist, und es ist für diesen Zweck, wie auch für die spätere Ernährung des Patienten, von grösster Wichtigkeit, tüchtiges Wartepersonal zur Hand zu haben. Die Ernährung selbst ist schon oben besprochen worden. Sollte sich bei dem Versuch, Wasser aus der Schnabeltasse zu trinken, welchen ich gegenwärtig fast immer schon im Laufe der ersten 24 Stunden anstellen lasse, die Flüssigkeit aus dem unteren Teil der äusseren Wunde entleeren, und gleichzeitig Husten ausgelöst werden, so ziehe ich es vor, den Patienten, bis der Kehlkopf beim Schluckakt vollständig abgeschlossen wird, so lange als notwendig mittelst ernährender Klystiere zu ernähren, statt die Schlundsonde einzuführen. Von Zeit zu Zeit muss natürlich der Versuch, in der beschriebenen Stellung trinken zu lassen, erneuert werden.

Die Temperatur pflegt am Abend des ersten Tages um etwa 1 bis $1\frac{1}{2}$ Grad zu steigen, und kleine febrile Exazerbationen erfolgen gewöhnlich für 3 bis 4, bisweilen 6 bis 7 Tage. Fast niemals aber kommen in regulär verlaufenden Fällen höhere Temperaturen zur Beobachtung, und das Auftreten solcher muss stets den Verdacht auf das Einsetzen einer pulmonären, bronchitischen, oder septischen Komplikation erwecken. Ist das Befinden am zweiten Tage ein gutes, so darf man den Patienten seine Lage von Zeit zu Zeit wechseln lassen und ein

weiteres Kissen unter dem Kopf gestatten, wenn ein solches gewünscht wird.

Die drei ersten Tage sind meiner Erfahrung nach die wirklich kritischen nach der Operation: geht am Morgen des vierten Tages alles gut, ist die Temperatur an den vorhergehenden drei Tagen keine hohe gewesen und sind auch sonstige klinische, bedrohliche Zeichen ausgeblieben, so ist die Gefahr der Operation selbst in der grossen Mehrzahl der Fälle als beseitigt zu betrachten. Unter solchen Umständen bringe ich dann — in besonders günstigen Fällen auch schon am dritten Tage — die Ränder des untersten Teils der Wunde mittelst der schon zur Zeit der Operation selbst eingeführten Nähte zur Vereinigung und lasse den Patienten gewöhnlich etwas aufstehen. Dies ist in meinen letzten sieben Fällen zu meiner Freude am vierten Tage möglich gewesen, und in allen diesen Fällen haben die Patienten zwischen dem zehnten und dem vierzehnten Tage nach der Operation die Anstalt, in der sie operiert wurden, verlassen können.

Zeigt es sich bei der Operation, dass man mit der blossen Entfernung von Weichteilen nicht auskommt, so muss die Operation dementsprechend modifiziert werden. Erstreckt sich die Neubildung bis in bedrohliche Nähe des Giessbeckenknorpels oder auf denselben selbst, so muss er natürlich entweder reseziert oder selbst vollständig exartikuliert werden. Im Uebrigen bleibt die Operation dieselbe. Nur hüte man sich, bei der Exartikulation nicht eine Perforation in den Oesophagus anzulegen! —

Ergibt es sich andererseits, dass die Neubildung, speziell am vorderen Kehlkopfwinkel, so tief infiltriert, dass von der blossen Auskratzung des prominierenden Teils des Schildknorpels nicht mit Sicherheit ein Ausbleiben von Recidiven erwartet werden kann, so mag es erforderlich werden, den betreffenden Teil des Knorpels zu resezieren. In einem solchen Falle wird man natürlich nicht die Schildknorpelhälften miteinander vereinigen, um das Eintreten einer späteren Kehlkopfstenose so viel als möglich zu verhindern.

Zeigt es sich endlich nach der Eröffnung des Kehlkopfs, oder hat man dies schon vorher mittelst der laryngoskopischen Untersuchung ermittelt, dass die Neubildung zu weit fortgeschritten ist, um mit der blossen Entfernung von Weichteilen auskommen zu können, so muss man zur partiellen Kehlkopfexstirpation schreiten. In diesem Falle muss nach Vornahme der Tracheotomie die betreffende Kehlkopfhälfte ganz freigelegt und die zu entfernenden Knorpelteile mittelst des Raspatoriums von ihrem Perichondrium abgelöst werden. Sodann wird die Schleimhaut im Innern des Kehlkopfs im notwendigen Umfange mittelst zweier ovaler Schnitte, die der zu entfernenden Schildknorpelhälfte entsprechen, und bis auf den Knorpel dringen, gespalten, dann die Schildknorpelhälfte inklusive der Neubildung und des entsprechenden Gebiets gesunder Schleimhaut um sie herum mit einer starken Pinzette gefasst und mittels

Messers und Schere von den umgebenden Weichteilen losgelöst. Nach vollständiger Stillung der Blutung erfolgt dann die oben beschriebene Einreibung der Wundfläche mit Jodoform oder Jodoform-Borsäure-Mischung. Ich habe bisher in Fällen dieser Art nicht versucht, die Wunde sofort zu schliessen, sondern dieselbe nach den in meiner Arbeit in der Lancet angegebenen Grundsätzen behandelt, d. h. sie einfach mit Cyanidgaze bedeckt, und anfänglich zweimal, später einmal täglich die Jodoformborsäuremischung in die Wunde selbst eingeblasen, während der Patient einen Schluckakt macht. Die Wunde selbst habe ich mittels Granulationen heilen lassen. Diese Granulationen mögen, falls sie zu üppig werden, täglich einmal mit einer 2- bis 4prozentigen Höllensteinlösung bepinselt werden. Nach einigen Tagen habe ich dann, wenn alles gut ging, die Ränder der äusseren Wunde mittelst Heftpflasterstreifen in der Richtung von oben nach hinten zusammengebracht, und letztere einmal täglich erneuert. Ich würde jetzt nicht anstehen, den oberen Teil der Wunde sofort mittels Suturen zu schliessen, und halte es für ganz möglich, dass man auch in den Fällen partieller Exstirpation dazu kommen wird, den grösseren Teil der äusseren Wunde sofort nach der Operation zu vereinigen.

Die Technik dieser Frage ist eben noch nicht abgeschlossen.

In den allerjüngsten Tagen ist von Watson Cheyne[1]) ein wichtiger Vorschlag gemacht worden, den ich der Beachtung aller Operateure unterbreiten möchte. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Majorität der gefährlichen Komplikationen nach Operationen, bei welchen keine vollständige Asepsis möglich ist, im Auftreten septischer Pneumonien besteht, dass diese wiederum mit Wahrscheinlichkeit auf eine Streptococcusinvasion zurückzuführen sind, und dass endlich die Injektion von Antistreptococcusserum nach dem Auftreten septischer Komplikationen zum mindesten unsichere Erfolge hat, weil das Serum nicht mehr Zeit findet, gegenüber der voll entwickelten septischen Virulenz seine antagonistische Tätigkeit zu entfalten, kam Cheyne auf den Gedanken, seinen prophylaktischen Einfluss geltend zu machen. Zu diesem Zwecke injizierte er in mehreren Fällen zwei Tage vor Operationen, bei welchen septische Komplikationen zu befürchten standen (in einem derselben handelte es sich z. B. um einen Krebs der Zungenbasis, der vorderen Gaumenbögen und der Tonsillen mit grossen Drüsenpacketen am Halse) 20 ccm Antistreptococcusserum, liess dieser Injektion am Tage vor der Operation eine zweite von 10 ccm folgen, und injizierte endlich am Tage nach der Operation eine dritte Dosis von 10 ccm. Der Erfolg war ein äusserst bemerkenswerter: die Temperatur blieb in allen Fällen bedeutend hinter derjenigen zurück, welche gewöhnlich bei solchen ausgedehnten Operationen

1) „On the injection of antistreptococcus serum as a prophylactic in cases of operation involving subsequent sepsis.“ Practitioner. Vol. 97.

erreicht zu werden pflegt; die grossen Wunden blieben absolut rein, nirgends erfolgte Putrefaktion und Abstossung von Gewebsfetzen, wie sie sonst bei dieser Operation kaum vermeidbar sind, und die einzige Nebenerscheinung der Injektion bestand im Auftreten eines von der Injektionsstelle ausgehenden erythematösen und stark juckenden Hautausschlages und einer geringen Temperaturerhöhung am 5. Tage nach der Operation, welche ohne Störung des Allgemeinbefindens rasch vorüberging. Die markierten Erfolge, welche Cheyne in drei Fällen solcher Art erzielte, bestimmten ihn, seine Ergebnisse zur Nachprüfung den Fachgenossen vorzulegen, und da die von ihm geschilderten Verhältnisse auf die äussere Radikaloperation bösartiger Kehlkopfneubildungen zutreffen, bei welcher sich ebenfalls eine sichere Asepsis nicht erzielen lässt, so halte ich es für meine Pflicht, seines Vorschlags hier Erwähnung zu tun. Es sei noch bemerkt, dass in einem Falle von sehr ausgedehntem Epitheliom der Zunge, des Mundbodens, der Tonsille und grösseren Drüsenpacketen am Halse, die in Abständen von mehreren Tagen entfernt werden mussten, im ganzen 90 ccm des Serums eingespritzt wurden mit dem Resultat, dass auch in diesem Falle die Wunde absolut rein blieb, der Atem niemals übelriechend war, und keine schädlichen Nebenerfolge der Injektion bemerkbar wurden. Der Patient erlag leider am fünften Tage einer Gehirnembolie. — Mir selbst stehen bisher keine eigenen Erfahrungen über die Methode zur Verfügung, und namentlich kann ich keine Bürgschaft hinsichtlich etwaiger schädlicher Nebenwirkungen des Serums übernehmen.

Ehe ich nun auf die übrig bleibenden Methoden der Radikaloperation: die endolaryngeale Entfernung, die Pharyngotomia subhyoidea und die totale Kehlkopfexstirpation zu sprechen komme, halte ich es für wünschenswert, die gegenwärtig erzielten Resultate der bisher besprochenen Methoden, d. h. der Thyreotomie und der partiellen Kehlkopfexstirpation zu erörtern.

Zu diesem Zwecke ist es durchaus notwendig, uns über die Grundsätze zu verständigen, nach denen diese Resultate zusammengestellt und beurteilt werden müssen. Der Mangel einer solchen Verständigung hat meines Erachtens nicht nur zu einer grossen Divergenz der Ansichten über die Rätlichkeit der einzelnen Formen der Radikaloperation und derselben überhaupt geführt, sondern besonders im Kreise der praktischen Aerzte viel zu der unverdienten Unpopularität beigetragen, welche, wie schon bemerkt, hinsichtlich dieser Operation leider noch immer herrscht.

Von ihrem ersten Anfang nämlich sind die Resultate der äusseren Radikaloperationen beim Kehlkopfkrebs nicht nur mit Vorliebe, sondern fast ausschliesslich auf statistischer Basis beurteilt worden. Sendziak (l. c. pp. 69 und 70) zählt nicht weniger als 20 solche Statistiken auf. Das ist auch vollständig natürlich. Das Leiden, um das es sich handelt, ist ein verhältnismässig so seltenes, dass naturgemäss nur die wenigsten Beobachter und Operateure über eine so grosse Anzahl eigener Fälle zu

verfügen haben, dess sie aus denselben allgemein giltige Schlüsse zu ziehen berechtigt sind. Unter diesen Umständen bietet eine Zusammenstellung aller nach einer und derselben Operationsmethode behandelten Fälle die natürlichste Möglichkeit, solche allgemeine Schlüsse zu formulieren.

Nun ist aber, wie dies schon unzählige Male mit Recht betont worden ist, die statistische Methode ein zweischneidiges Schwert. Mit Vorsicht verwertet ergibt sie die brauchbarsten Resultate, bei ungenügender Berücksichtigung aller möglichen Fehlerquellen führt sie zu den irrigsten Schlüssen! — Ich habe gerade eine gute Geschichte von einem Engländer gehört, der seine Ansicht über Lügen folgendermassen definirte: „Es gibt dreierlei Arten von Lügen: Lügen, verdammte Lügen und Statistiken! (There are three kinds of lies: lies, damned lies, and statistics!)"

Zu welch' irreführenden Schlüssen man auf statistischer Basis kommen kann, hat sich gerade in der uns hier beschäftigenden Frage gezeigt, in welcher der Fehlerquellen leider nur zu viele, und wie ich sofort zeigen werde, teilweise schwer, teilweise gar nicht vermeidbare existieren.

Sämtliche nach irgend einer bestimmten Methode radikal operierte Fälle bösartiger Kehlkopfneubildungen — abgesehen natürlich von der endolaryngealen Methode — zerfallen nämlich naturgemäss in zwei Kategorien: solche, die der Operation selbst und ihren unmittelbaren Folgen erlegen sind, und solche, die die Operation selbst glücklich überstanden haben. Für die Ermittelung ihres gegenseitigen Verhältnisses, oder mit anderen Worten: der Mortalitätsziffer der einzelnen Operationen sind natürlich alle, oder wenigstens fast alle, berichteten Fälle zu verwenden, denn es wird wohl kaum je einem Operateur einfallen, einen Bericht über einen Fall wenige Tage nach der Operation zu veröffentlichen, während der Kranke sich noch in der Gefahr befindet, der Operation selbst oder ihren Folgen zu erliegen.

Ganz anders aber steht es mit der sich zunächst anschliessenden Frage: welches ist das Endergebnis bei den zunächst erfolgreich verlaufenen Operationen? — Naturgemäss zerfallen auch diese Fälle wiederum in zwei Kategorien: solche, in denen die Kranken dauernd geheilt sind, und solche, bei denen ein Recidiv eingetreten ist. Hier aber stossen wir sofort auf zwei grosse Schwierigkeiten in der statistischen Verwendung der berichteten Fälle.

Zunächst nämlich ist eine recht beträchtliche Anzahl von Fällen wenige Monate nach der erfolgreich verlaufenen Operation, d. h. zu einer Zeit berichtet worden, in welcher es unmöglich war, vorauszusagen, ob der Kranke dauernd geheilt sei, oder, ob ein Recidiv eintreten würde. Und in vielen dieser Fälle sind der ersten Publikation keine weiteren Mitteilungen über das fernere Ergehen der Kranken gefolgt. Die Fälle dieser Art bilden eine, wenn ich so sagen darf, äusserst „unbequeme" Kategorie. Schon 1888 habe ich darauf hingewiesen[1]), dass dieselben

1) „Die Krankheit Kaiser Friedrichs des Dritten und die Laryngologie." Internationales Centralblatt für Laryngologie. Bd. V. S. 292.

natürlich ebensowenig als geheilt betrachtet werden, wie andererseits gänzlich vernachlässigt werden dürfen, da ihre schliesslichen Resultate nach der einen oder nach der anderen Seite hin eine bedeutsame Veränderung in dem Prozentsatz der definitiven Heilungen resp. Recidive der nach einer bestimmten Methode operierten Fälle zur Folge haben würden.

Es sei mir gestattet, dies an einem Beispiel zu erläutern. In der Hansberg'schen Thyreotomietabelle (l. c. p. 186 usw.) werden 52 Fälle dieser Operation beim Kehlkopfkrebs berichtet. Von diesen 52 sind nach der Auffassung des Verfassers (l. c. p. 158) zu kurze Zeit beobachtet 15 = 28,85 pCt. Es bedarf keiner besonderen Beweisführung, um einzusehen, dass, wenn diese 28,85 pCt. dauernd geheilt wären, die von dem Verfasser als definitiv geheilten 13,6 pCt. sich zu über 41 pCt. erheben und hiermit die Methode zu einer sehr aussichtsvollen stempeln würden, während umgekehrt, wenn in diesen 28,85 pCt. schliesslich noch ein Recidiv eingetreten wäre, der Prozentsatz der Recidive, den Hansberg auf 32,99 berechnet, sich auf über 61 pCt. stellen und damit die Operation in wenig günstigem Lichte erscheinen lassen würde! —

Nun ist es ja bis zu einem gewissen Grade möglich, dieser schweren Fehlerquelle zu steuern, indem der betreffende Statistiker sich die Mühe gibt, bei den einzelnen Operateuren nach dem endlichen Schicksal ihrer zunächst erfolgreich operierten Kranken Umfrage zu halten. Sendziak hat ein glänzendes Beispiel gegeben, bis zu welchem Grade diese Mühe sich belohnt, indem er in seiner, 85 Fälle umfassenden Thyreotomiestatistik (l. c. p. 82) die Zahl der zu kurz beobachteten Fälle auf 8 reduziert hat (l. c. p. 97). Immerhin aber macht es bei der statistischen Verwertung von 92 Fällen noch einen sehr beträchtlichen Unterschied, ob 8 dieser Fälle dauernd geheilt sind oder ein Recidiv bekommen haben, und da es sicher manchmal den Operateuren selbst unmöglich ist, späterhin zuverlässige Auskunft über das weitere Schicksal ihrer Kranken zu erhalten, so ist in der eben besprochenen Kategorie eine schlimme Fehlerquelle gegeben, die sich kaum jemals ganz eliminieren lassen dürfte.

Ein — wenigstens gegenwärtig — noch weit grösseres Hindernis für die Verwertung der Statistik als das eben besprochene bietet die zweite sich unmittelbar anschliessende Frage: Wann darf ein erfolgreich am Kehlkopfkrebs operierter Patient als dauernd geheilt betrachtet werden? — Auf diese Frage geben die verschiedenen Autoren äusserst verschiedene Antworten. Baratoux (l. c.) und später Kraus[1]) sehen ein Jahr als genügend an; Scheier und Wassermann (l. c.) betrachten 16 Monate als Norm für relative Heilung und drei Jahre als solche für definitive; Sendziak (l. c. p. 126), Schwartz (l. c.) und in neuester Zeit Schmiegelow[2]) sprechen von zwei Jahren; Hansberg verlangt ein Freibleiben von drei

1) „Zur Statistik der Kehlkopfexstirpation.“ Wiener Allgem. med. Zeitung. No. 15. 1890.

2) „Cancer du larynx; diagnostic et traitement.“ Annales des maladies de l'oreille etc. Avril 1897. p. 368.

Jahren, um von einer Heilung sprechen zu können, und Sendziak selbst berechnet ein Jahr für sogenannte „relative,“ drei Jahre für „definitive“ Heilung. Dabei zitiert der letztgenannte Autor selbst (l. c. p. 128) einen Fall von Novaro in Turin, in welchem nach Vornahme der Resektion des Kehlkopfs und nach sechsjährigem Freibleiben ein Recidiv in den Drüsen eintrat, und einen Fall von Hahn in Berlin, bei welchem nach partieller Resektion des Kehlkopfs der Patient $8^1/_2$ Jahre freiblieb, dann aber an einem Recidiv in den Drüsen zugrunde ging. Misst man den beiden eben erwähnten Fällen eine ausschlaggebende Bedeutung bei, so wird man Sendziak vollständig Recht geben müssen, wenn er nach Erwähnung des Hahn'schen Falles fortfährt: „Dieser Fall, welcher bei allen Statistikern zu den sogenannten definitiven Heilungen gerechnet wird, beweist genügend, dass wir beim Larynxkrebs niemals unseres Erfolges sicher sind, und dass das Recidiv immer droht. Sie beweisen auch beide, dass alle Normen, welche in bisherigen Statistiken für die Definition der geheilten Fälle, also z. B. 16 Monate oder drei Jahre (Scheier, Wassermann) angenommen werden, ganz einfach auf Theorie beruhen und gar keine praktische Bedeutung haben.“

Damit wären wir also tatsächlich bei der trostlosen Maxime des Laienpublikums und leider auch vieler Aerzte angekommen: „Einmal Krebs, immer Krebs!“

So unanfechtbar aber die Sendziak'schen Schlüsse vom rein logischen Standpunkte aus sind, und so vollständig ich mit ihm darin übereinstimme, dass die Festsetzung irgendeines bestimmten Zeitraums, nach welchem man den Kranken als dauernd geheilt betrachten darf, eine durchaus willkürliche ist, so liegen doch in praxi glücklicherweise die Verhältnisse viel günstiger.

Zunächst sind solche Fälle wie der von Novaro und der von Hahn eben nur Ausnahmen, welche um so mehr die Regel bestätigen, dass ein Recidiv, wenn es überhaupt eintritt, weit früher zu erfolgen pflegt, als es in diesen Fällen geschah. Dann aber bin ich überzeugt, dass der ganze Ausdruck „Recidiv“ einer präziseren Definition bei der Erörterung dieser Frage bedarf, als ihm im gewöhnlichen Sprachgebrauch zuteil wird. Streng logisch nämlich sollten wir als ein Recidiv nur das Wiederauftreten einer zeitweise völlig verschwundenen Affektion bezeichnen. Nun glaube ich aber nicht, dass es sich in der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle, in welchen sich der Krebs im ersten Jahre nach der Operation von neuem an derselben Stelle zeigt, um ein echtes, lokales Recidiv handelt, sondern bin überzeugt, dass dieses anscheinende Recidiv gewöhnlich nur ein kontinuierliches Weiterwachstum bei der Operation selbst zurückgelassener Geschwulstbestandteile repräsentiert. Offenbar ist für diese Fälle der Gebrauch des Wortes „Recidiv“ durchaus irreführend. Natürlich braucht das Weiterwachstum solcher zurückgelassenen Geschwulstteile nicht sofort in die Erscheinung zu treten: in einer Reihe von Fällen mag sich der Prozess zunächst in

den tieferen Geweben abspielen, ehe er an der Oberfläche zur Beobachtung kommt; in einer anderen Reihe vollzieht sich das Wachstum überhaupt äusserst langsam, wie denn die Geschwindigkeit des Fortschreitens der Neubildung in verschiedenen Fällen ja überhaupt eine ausserordentlich verschiedene ist; in einer dritten Reihe von Fällen entlässt der Operateur den Patienten etwa einen Monat nach der Operation oder noch früher und sieht ihn erst einige Monate später wieder, wo er dann zu seinem Bedauern die Existenz des Krebses in der Operationsnarbe oder in deren unmittelbaren Nähe konstatiert. Solch ein Fall wird dann natürlich mit der Etikette versehen: „Recidiv nach so und so viel Monaten.“ In Wirklichkeit aber war in den meisten Fällen der Prozess niemals, auch nur für einen Augenblick, zum Stillstand gekommen, und was Monate später als „Recidiv“ bezeichnet wurde, stellte in Wahrheit ein kontinuierliches Weiterwachstum dar! —

Diese Fälle nun repräsentieren, wie ich noch einmal nachdrücklich betonen möchte, meiner Ueberzeugung nach, den weitaus grössten Teil aller Fälle von sogenanntem Recidiv. Ein echtes Recidiv erfolgt bei einem rechtzeitig und genügend operierten Falle von innerem Kehlkopfkrebs meiner Ueberzeugung nach nur in den seltensten Fällen, und zwar unter zwei wesentlich verschiedenen Bedingungen: entweder war nämlich schon zur Zeit der Operation das Leiden nicht mehr ein rein örtliches, sondern es waren bereits infektiöse Bestandteile aus der ursprünglichen Geschwulst ausgewandert und hatten in den benachbarten Lymphdrüsen eine Ablagerungsstätte gefunden, in der sie zur Zeit der Operation eine Art Winterschlaf abhielten, oder aber zu irgendeiner Zeit nach der Operation erzeugen dieselben mysteriösen Gründe, die zum ersten Male das Auftreten des Krebses veranlassten, denselben de novo, entweder an seinem ursprünglichen Platze oder in irgendeinem anderen Organe des Körpers.

Ich stehe in dieser Frage vollständig auf dem Boden des Virchowschen Ausspruchs, den Sendziak seiner Arbeit als Motto vorangestellt hat: „Ist der Krebs in seinem Beginn und oft sehr lange ein örtliches Leiden, so muss es auch möglich sein, ihn in dieser Zeit örtlich zu heilen.“ Das heisst auf die vorliegende Frage angewandt: Gelingt es den Krebs zu einer so frühen Periode zu erkennen, dass er noch ein rein örtliches Leiden darstellt, und gelingt es ihn zu dieser Zeit vollständig zu entfernen, so wird ein Recidiv überhaupt ausbleiben, ausser in jenen so eben erwähnten, äusserst seltenen Fällen, in welchen dieselben mysteriösen Ursachen, die ihn zum ersten Male erzeugt haben, nach einer Reihe von Jahren entweder an derselben oder einer anderen Stelle des Körpers von neuem ihren verderblichen Einfluss entfalten; gelingt die vollständige Entfernung nicht, so erfolgt ein kontinuierliches Weiterwachstum, das mit Unrecht mit dem Namen „Recidiv“ belegt wird. Waren schon vor der Operation infektiöse Stoffe in die Nachbarschaft ausgewandert, so wird in ihr das Recidiv erfolgen. — Das

kontinuierliche Weiterwachstum, von welchem ich eben sprach, dürfte mit sehr seltenen Ausnahmen im Laufe der ersten Monate nach der Operation zur Beobachtung kommen. Aeusserst selten wird es erst nach Ablauf eines Jahres oder nach noch längerer Zeit in die Erscheinung treten.

Die praktische Anwendung vorstehender Ausführungen ergibt sich bei der uns hier beschäftigenden Frage: nach wie langer Zeit man einen erfolgreich operierten Patienten als dauernd geheilt betrachten darf? —

Aus der Unmöglichkeit, irgendeinen Zeitraum festzusetzen, mag derselbe auch noch so lang bemessen sein, zu dem man von einer „definitiven" Heilung sprechen kann, folgt zunächst, dass die statistische Methode für die Frage der Radikaloperation des Kehlkopfkrebses überhaupt nur einen bedingten Wert beanspruchen kann, wie dies übrigens auch schon von Moritz Schmidt[1]) und Sendziak[2]) hervorgehoben worden ist. Immer müssen wir uns vor Augen halten, dass die Ergebnisse der Statistik in dieser Frage, eine so bestimmte Sprache die Zahlen auch zu sprechen scheinen, doch nur eine Wahrscheinlichkeit, nicht eine absolute Sicherheit repräsentieren. Aus diesem Grunde halte ich es auch für überflüssig, die ja schon ohnehin verwickelte Sachlage noch mehr zu komplizieren und die Heilungen je nach der Dauer ihres Bestandes in „relative" und „definitive" einzuteilen. Von „definitiven" Heilungen im logischen Sinne des Wortes darf man nach solchen Fällen wie denen Novaro's und Hahn's in der Tat nicht mehr sprechen. Worauf es in Wirklichkeit ankommt, ist: die Zeit zu ermitteln, nach welcher erfahrungsgemäss ein Wiedererscheinen des Krebses — ich vermeide absichtlich das Wort „Recidiv" — nicht mehr wahrscheinlich ist. Ich scheue mich nicht zu bekennen, dass meiner Ueberzeugung nach hierfür die Zeit eines Jahres ausreicht. Ein Wiedererscheinen des Krebses nach Ablauf eines vollen Jahres von der Operation gehört entschieden zu den grossen Seltenheiten, und wenn man das Verhältnis der im ersten und im zweiten Jahre nach der Operation erfolgten sogenannten Recidive miteinander vergleicht, so würde man, wenn man diese Verhältnisse graphisch darstellen könnte, sicherlich finden, dass die Kurve nach Ablauf des ersten Jahres plötzlich ganz steil abfällt. Ich würde gern dieses Verhältnis ziffernmässig dargestellt haben: leider aber sind die Angaben über das Einsetzen der sogenannten Recidive in vielen Fällen sowohl in Hansberg's wie in Sendziak's Tabellen in dieser Beziehung so ungenau, — was natürlich kein Vorwurf für die genannten beiden Herren darstellen soll, da dieselben selbst sicherlich mit ungenauen Berichten zu tun hatten — dass sich eine ziffernmässige Berechnung vollständig verbietet. Wenn es z. B. heisst: „Tod nach 16 Monaten (Recidiv)" oder „nach 19 Monaten Tod

---

1) „Die Krankheiten der oberen Luftwege." 2. Aufl. 1897. S. 643. Julius Springer, Berlin.

2) l. c. S. 67.

(Kachexie)“, so sind solche Fälle selbstverständlich für den hier in Rede stehenden Zweck absolut unverwertbar. Jedermann aber, der sich die Mühe gibt, die Tabellen der beiden genannten Autoren auf diese Frage hin durchzusehen, wird, darüber kann kein Zweifel bestehen, den Eindruck gewinnen, dass das Wiederauftreten des Krebses nach Ablauf des ersten Jahres nach der Operation ein äusserst seltenes Ereignis ist.

Trotzdem könnte hier wohl eingewendet werden, warum man nicht lieber einen längeren Zeitraum nach der Operation als Anhaltspunkt für die Wahrscheinlichkeit einer dauernden Heilung wählen solle, da doch kein Zweifel darüber bestehen könne, dass Recidive nach dem Ablaufe von drei Jahren nach der Operation jedenfalls noch weit seltener sind als solche im zweiten Jahre nach derselben? — Wissenschaftlich habe ich absolut nichts gegen diesen Standpunkt einzuwenden, obwohl, wie oben ausgeführt, die Bestimmung irgendeines definitiven Zeitpunktes nach der Operation eine rein willkürliche ist, und obwohl ich eben noch bei Sendziak (l. c. p. 96) finde, dass in einem Falle Butlin's ein Recidiv gerade 3½ Jahre nach der Operation eingetreten ist. — Dagegen entsteht vom praktischen Standpunkt aus gerade im gegenwärtigen Augenblicke, wenn man eine Zeit von drei Jahren als wahrscheinliche Periode annimmt, nach welcher Recidive nicht mehr zu erwarten sind, eine sehr bedeutende Benachteiligung gerade derjenigen Methode, welcher ich in dieser Arbeit warm das Wort rede, der Thyreotomie, bei der Vergleichung dieser Methode mit anderen Formen der Radikaloperation.

Das ist leicht zu zeigen. Die moderne Thyreotomie, wie wir sie jetzt ausüben, datiert, wie ich gezeigt zu haben denke, erst vom Jahre 1888. Die vollständigste Statistik, die ich kenne, die Sendziak'sche, reicht nur bis zum Ende des Jahres 1894. Nimmt man nun, wie Sendziak dies getan hat, nur diejenigen Fälle als geheilt an, bei denen ein Recidiv drei Jahre ausgeblieben ist, so kommt überhaupt nur die Periode von 1888 bis 1891 in Betracht: mit anderen Worten, während die bedeutende Verbesserung der Diagnose des Leidens und der Technik der genannten Operation volle neun Jahre zurückreicht, werden nur die aus den drei ersten Jahren dieses Zeitraums stammenden Fälle, bei denen ein Recidiv ausgeblieben ist, als definitiv geheilt betrachtet. So kommt es, dass Sendziak (l. c. p. 85) bei einer Zahl von 92 Operationen nur 8 definitive Heilungen verzeichnet, d. h. 8,7 pCt. — Das widerspricht aber meines Erachtens nicht nur den wirklichen Tatsachen, sondern lässt besonders die Ergebnisse der Thyreotomie gegenüber denen anderer und länger befestigter Operationsmethoden, besonders der partiellen Kehlkopfexstirpation, in einem unverdient ungünstigen Lichte erscheinen! — Es bildet daher das an sich ja durchaus gerechtfertigte Bestreben: nicht zu optimistisch bei der Beurteilung der Ergebnisse der Radikaloperation zu verfahren, in seiner strengen Befolgung, d. h. dem Postulat eines dreijährigen Ausbleibens von Recidiven

im gegenwärtigen Augenblicke eine äusserst bedeutsame Fehlerquelle bei der Vergleichung der verschiedenen Operationsmethoden.

Eine noch schlimmere Fehlerquelle aber, und in der Tat diejenige, welche für sich allein zu irreführenderen Schlüssen Veranlassung gibt als alle bisher erwähnten zusammengenommen, besteht in der Annahme, dass das Gesamtergebnis aller bisher nach einer bestimmten Methode operierten Fälle gleichbedeutend ist mit der gegenwärtigen Leistungsfähigkeit dieser Methode, und dass aus ersterem ohne weiteres Schlüsse auf letztere gezogen werden dürfen. — Solch ein Schluss mag allenfalls erlaubt sein, wenn es sich um Operationen handelt, die von ihrem ersten Anfang an in fast völlig gleichartigen, und mittelst gleichartiger Technik behandelten Fällen vorgenommen sind. Handelt es sich aber um eine Frage, in welcher die Auswahl der Fälle für die betreffende Methode im Laufe der Zeit tiefgehende Wandlungen erlitten hat, und bei der die Technik der Operation, obwohl der Name derselbe geblieben ist, eine wesentlich verschiedene geworden ist, so wird ein Schluss auf die gegenwärtige Leistungsfähigkeit dieser Methode von dem Gesamtergebnis aller mittelst ihrer behandelten Fälle aller Wahrscheinlichkeit nach zu den schlimmsten Irrungen führen.

Eine gute Illustration dafür, was ich meine, bietet die Ovariotomie. Als vor kurzem Sir Spencer Wells starb, las ich in einem der ihm gewidmeten Nekrologe, dass die Mortalität des ersten Hunderts seiner Ovariotomien 34 pCt. betragen habe, und dass dies Ergebnis seinerzeit mit Recht als eine der grössten Errungenschaften der modernen Chirurgie gefeiert worden sei; dass er aber im Laufe der Zeit noch so viel weiter gekommen sei, dass der Mortalitätssatz des letzten von ihm veröffentlichten Hunderts seiner Fälle nur 11 pCt. betragen habe. — Gegenwärtig ist dieses Resultat, wie ich von befreundeten Gynäkologen höre, noch so weit überflügelt worden, dass die Mortalitätsziffer der Ovariotomie durchschnittlich 2 bis 3 pCt. beträgt, und dass verschiedentlich Operationsreihen veröffentlicht worden sind, in welchen hundert nach einander operierte Fälle ohne einen einzigen Todesfall verlaufen sind. Nun nehme man einmal an, dass ein moderner Statistiker der Ovariotomie Schlüsse auf die gegenwärtige Leistungsfähigkeit der Operation in der Weise ziehen wollte, dass er sämtliche mittelst ihrer behandelten Fälle vom ersten Hundert von Spencer Well's Fällen bis auf die Gegenwart in eine Tabelle zusammenbrächte, den durchschnittlichen Prozentsatz berechnete, und dieses Ergebnis als gleichbedeutend mit der heutigen Leistungsfähigkeit dieser Operation proklamierte! — Natürlich würde er zu Resultaten kommen, welche weit hinter den wirklichen Leistungen der modernen Ovariotomie zurückbleiben, und die Gynäkologen würden sich voraussichtlich wie ein Mann gegen solche Trugschlüsse erheben.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Thyreotomie wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen. nur dass hier die in Rede stehende Fehlerquelle eine noch ausschlaggebendere Wirkung entfaltet. Die

gegenwärtige Indikationsstellung für die Operation und die Verbesserung der Technik datieren, wie wiederholt erörtert worden ist, de facto erst vom Jahre 1888. Wie die Sache bis zum Jahre 1878 stand, habe ich ebenfalls oben durch mein kurzes Résumé der Bruns'schen Ergebnisse dargetan. Dass sich zwischen 1878—1888 die Sachlage nicht wesentlich verbessert hat, habe ich kürzlich bei meiner Besprechung der Sendziak'schen Arbeit im Internationalen Centralblatt für Laryngologie nachgewiesen[1]), in dem ich aus Sendziak's eigener Thyreotomie-Tabelle berechnet habe, dass sich die Gesamtzahl der definitiven, d. h. drei Jahre lang andauernden Heilungen, die mittelst der Thyreotomie zwischen 1851 und 1888 erzielt worden, sich nur auf 6,4 pCt. stellt. Leider aber haben weder Hansberg noch Sendziak diesen Verhältnissen Rechnung getragen. Ersterer schliesst in seine Thyreotomietabelle, obwohl dieselbe eigentlich nur die seit dem Jahre 1889 veröffentlichten Fälle umfassen soll (l. c. p. 183) nicht weniger als 17 Fälle ein, die zwischen 1867 und 1889 operiert worden sind! — Was das auf eine Gesamtzahl von 52 Fällen ausmacht, welche das Material der Hansberg'schen Thyreotomietabelle bilden, brauche ich nach meinen obigen Erörterungen nicht weiter auseinander zu setzen, und erinnern wir uns weiter, dass Hansberg das Prinzip eines 3 jährigen Ausbleibens von Recidiven für die sogenannte „definitive" Heilung beansprucht, so werden wir uns nicht wundern, dass er bei seiner Berechnung dieser Fälle (l. c. p. 158) nur 13,46 pCt. definitive Heilungen zulässt.

Zu noch ungünstigeren Resultaten gelangt Sendziak dadurch, dass er in seiner Thyreotomietabelle (l. c. p. 86 ff.) sämtliche von 1851 bis 1894 mittelst dieser Methode operierte Fälle von Kehlkopfkrebs zusammenstellt. Das Ergebnis ist, dass er gar nur 8,7 pCt. „definitive Heilungen" (Heilungsdauer von mehr als drei Jahren) zu verzeichnen hat, und dass sich die sonstigen Verhältnisse ihm zu Folge folgendermassen stellen:

Relative Heilungen (ein Jahr lang recidivfrei)	=	13 pCt.
Lokale Recidive	=	53,3 „
Tod in Folge der Operation	=	9,8 „
Zu kurz beobachtet	=	8,7 „

In meiner bereits erwähnten Besprechung von Sendziak's Arbeit habe ich gegen diese Zusammenstellung entschieden Protest erhoben, da „das Gesamtergebnis sich aus zwei völlig ungleichwertigen Gruppen zusammensetzt, und da die Miteinrechnung der älteren, von 1881 bis 1888 reichenden Gruppe, die wahren Resultate der von 1888 bis 1894 reichenden jüngeren, und unser gegenwertiges Können repräsentierenden Gruppe vollständig verdeckt!" Um diese Behauptung zu beweisen, habe ich die chronologisch angeordnete Sendziak'sche Tabelle in die betreffenden beiden Gruppen zerlegt, und die Resultate jeder der-

1) Vol. XIII. 1897. p. 214.

selben einzeln, genau nach den vom Verfasser selbst befolgten Grundsätzen statistisch berechnet.

Das Ergebnis war ein im höchsten Grade bemerkenswertes: während in der ersten Periode die Anzahl der sogenannten definitiven Heilungen sich nur auf 6,4 pCt. stellte, erreichte sie in der zweiten mit einem Schlage die Höhe von 29,9 pCt., und vereinigte man, wie dies Sendziak an allen anderen Stellen getan hat, die definitiven Heilungen mit den „relativen", d. h. denjenigen, bei welchen die Heilung bereits über ein Jahr bestanden hatte, so stieg der Prozentsatz der Heilungen sogar auf 41 pCt.[1])

Umgekehrt fiel bei dieser Berechnung die Anzahl der Recidive, die in der Periode von 1851—1888 die erschreckende Höhe von 80 pCt. erreicht hatte, in der zweiten Periode mit einem Schlag auf 19 pCt.! — Wo die Zahlen so beredt sprechen, kann ich mich weiterer Reflexionen über den Einfluss der eben erörterten Fehlerquelle enthalten.

Ehe ich von den Fehlerquellen der Statistik Abschied nehme, muss ich einer Schwierigkeit gedenken, die sich bei der Registrierung der Fälle von Resektion einzelner kleinerer Knorpelabschnitte in störender Weise bemerkbar macht. Wo soll man diese Fälle unterbringen? — Es scheint logisch am natürlichsten, zwei grosse Abteilungen zu machen und in einer derselben die Fälle von Thyreotomie mit blosser Entfernung von Weichteilen, in der anderen die Fälle von Thyreotomie mit Entfernung von Teilen des Knorpelgerüsts zusammenzustellen, welchem Grundsatz zufolge die Fälle von Resektion kleinerer Knorpelabschnitte in die Kategorie der partiellen Kehlkopfexstirpation gehören würden. — Praktisch aber liegt die Sache anders. Die Entfernung eines kleinen Stücks des Giessbeckenknorpels, die zur Verhütung von Recidiven nicht selten bei Fällen von Stimmbandkrebs erforderlich wird, ändert absolut nichts in der Technik der Operation selbst, der Nachbehandlung, der Prognose des Falles, und ist von der Laryngotomie mit blosser Entfernung von Weichteilen eben nur durch die technisch bedeutungslose Entfernung des genannten kleinen Knorpelfragments verschieden. Die Resektion eines grossen Teiles des vordersten Abschnittes des Schildknorpels andererseits, welche bei Krebsen erforderlich werden mag, die in der vorderen Kommissur sitzen und den Knorpel selbst zu infiltrieren scheinen, bedingt — wenigstens unserer jetzigen Erfahrung nach — zur Verhütung späterer Kehlkopfstenose eine offene Wundbehandlung, und unterscheidet sich daher nicht unbeträchtlich von der Methodik der Thyreotomie, wie wir sie im gegenwärtigen Augenblicke ausüben. Zwischen diesen beiden Extremen kommen alle möglichen Uebergänge vor, und es wird die Einreihung der einschlägigen Fälle in eine der genannten Rubriken daher je nach der individuellen Anschauung des betreffenden Statistikers verschieden ausfallen, wonach sich wieder die Resultate der einzelnen

1) Hinsichtlich der Details verweise ich auf die Besprechung selbst. Centralblatt für Laryngologie etc. April 1897.

Operationsmethoden nicht unerheblich gegen einander verschieben. Diese Schwierigkeit ist also durchaus nicht ausser Betracht zu lassen.

Andererseits sollte meiner Ansicht nach die Einreihung der Fäile von Pharyngotomia subhyoidea ganz und gar keine Schwierigkeiten verursachen. Diese Fälle bilden, wie mir scheint, nach allen Richtungen hin eine vollständig für sich allein abgeschlossene Gruppe. Die Natur der Fälle, wegen welcher diese Operation unternommen wird (Sitz des Krebses auf der Epiglottis oder auf den arytaeno-epiglottischen Falten), und die Technik der Operation selbst sind so vollständig von den bisher erwähnten Kategorien verschieden, dass sie eine Sonderstellung durchaus beansprucht. Ausserdem scheint es mir ein logischer Widerspruch zu sein, Operationen, bei denen das Charakteristische darin besteht, dass der Kehlkopf nicht gespalten wird, unter die Rubrik „Laryngofissur" einzureihen; und endlich scheint noch ein ganz besonderer Unstern über diesen Operationen zu walten. So berechnet Sendziak (l. c. p. 217) den Mortalitätssatz der Pharyngotomie bei Carcinom auf nicht weniger als 62,5 pCt. — Der einzige Fall, den ich selbst mittelst dieser Methode operiert habe[1]), endete tödtlich am vierten Tage nach der Operation, ohne dass die Autopsie etwas anders als intensive Kongestion und leichtes Oedem des Gehirns nachwies, und ganz neuerdings ist mir ein anderer nicht veröffentlichter Fall bekannt geworden, in welchem der Patient ebenfalls einige Tage nach der Operation ganz plötzlich starb, ohne dass die Autopsie eine bestimmte Todesursache nachweisen konnte. Es wird die Aufgabe künftiger Forschung sein, diese mysteriöse Fatalität aufzuklären; gegenwärtig scheint es mir jedenfalls unbillig, andere ihrer Natur nach wesentlich verschiedene Operationsmethoden mit der Mortalität der Pharyngotomia subhyoidea zu belasten.

Mit gutem Bedacht bin ich so ausführlich auf die verschiedenen Fehlerquellen der Statistik eingegangen. Gegenüber der Tatsache, dass das Gesamturteil über den Erfolg von Radikaloperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen, wie schon oben auseinandergesetzt, fast ganz ausschliesslich auf statistischen Grundlagen beruht — in dem Augenblicke, in welchem diese Zeilen geschrieben werden, ist wiederum eine neue Statistik aus Schmiegelow's[2]) Feder erschienen — schien es an der Zeit, eindringlicher, wie dies bisher geschehen, auf die zahlreichen und bedeutsamen Fehlerquellen der statistischen Methode in der zur Rede stehenden Frage hinzuweisen.

Irrtümliche Grundlagen bei statistischen Berechnungen vermögen die wahren Resultate der statistisch untersuchten Operationsmethoden in zweierlei Weise unrichtig zu beeinflussen: entweder mögen sie eine zu optimistische oder umgekehrt eine zu pessimistische Beurteilung zur Folge haben. Bei der hier in Rede stehenden Frage nun vereinigen sich zu-

1) Lancet. 1894. Tabelle. Fall 7.

2) „Cancer du larynx; diagnostic et traitement." Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Vol. 23. April 1897.

nächst merkwürdigerweise, wie ich nachgewiesen zu haben denke, alle denkbaren Fehlerquellen dazu, dem Leser, dem keine eigene Erfahrung zur Seite steht, eine viel ungünstigere Auffassung der Sachlage beizubringen, als sie den Tatsachen entspricht. Das wollte ich noch einmal nachdrücklichst hervorheben.

Aus demselben Grunde halte ich für meine Pflicht, hier wiederholt in Kürze die Ergebnisse der Radikaloperation in meiner eigenen Privatpraxis mitzuteilen. Ich habe dies zwar bereits ausführlich in meiner 1894 in der Lancet veröffentlichten Arbeit getan; einerseits aber sind mehrere neue Fälle hinzugekommen, andererseits erlaubt die seither verflossene Zeit definitive Schlüsse über das Schicksal der früher operierten Patienten. Die Ergebnisse meiner persönlichen Erfahrung sind, wie man sehen wird, bedeutend ermutigender als diejenigen irgendeiner der bisher veröffentlichten allgemeinen Statistiken und rechtfertigen, wie ich hoffe, die Wärme, mit der ich die Vornahme frühzeitiger und daher weniger eingreifender Radikaloperationen empfehle.

Vom 3. März 1885 bis zum 21. Juli 1895 sind in meiner Privatpraxis wegen wirklicher oder vermutlicher bösartiger Neubildungen des Kehlkopfs 17 äussere[1]) Radikaloperationen vorgenommen worden. Von diesen 16 Operationen wurde die erste (halbseitige Kehlkopfexstirpation) von Eugen Hahn, die zweite (halbseitige Kehlkopfexstirpation) von Sir William Mac Cormac, die dritte (Thyreotomie mit Resektion eines kleinen Abschnitts des Schildknorpels), und die vierte (Thyreotomie) von Butlin ausgeführt, die 12 späteren Fälle sind sämtlich von mir selbst operiert worden.

Von den letztgenannten 12 Fällen wurde einer mittels halbseitiger Kehlkopfexstirpation, einer mittels der Pharyngotomia subhoyidea, drei mittels der Thyreotomie und Entfernung kleinerer Knorpelabschnitte und sieben mittels der Thyreotomie und blosser Entfernung von Weichteilen behandelt. In einem Falle, auf den ich weiterhin ausführlicher zu sprechen komme, liess die mikroskopische Untersuchung der bei der Radikaloperation entfernten Geschwulst es zweifelhaft, ob es sich um ein Fibrosarkom oder um ein dem Fibroma molluscum der äusseren Haut analoges „kontinuierliches" weiches Fibrom gehandelt hatte, doch war die erstgenannte Eventualität dem klinischen Verlaufe nach die bei weitem wahrscheinlichere. Von den übrig bleibenden 14 Fällen handelte es sich in einem um ein villöses Carcinom, in einem um ein kavernöses Fibrosarkom, in den übrigen zwölf um Epitheliom. Die mikroskopische Untersuchung wurde in drei Fällen von Mr. Butlin, in den anderen 13 von Mr. Shattock ausgeführt.

---

1) In einem Falle glückte es mir durch intralaryngeale Operation, die nur zu dem Zwecke unternommen war, den über das Niveau eines Stimmbands hervorragenden Teil einer Neubildung zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung zu entfernen, ein Epitheliom des Kehlkopfs dauernd zu heilen. (*) Vgl. p. 272 dieses Bandes.) Ich betrachte diesen Erfolg aber nur als einen glücklichen Zufall und rechne ihn daher nicht zu meinen radikal operierten Fällen.

Von diesen 16 Fällen verliefen fünf tödlich; in einem Falle (halbseitige Kehlkopfexstirpation, Operateur: Sir William Mac Cormac) erfolgte der Tod am dritten Tage nach der Operation an doppelseitiger septischer Pneumonie. — Im zweiten Falle (Thyreotomie, Operateur: Mr. Butlin) starb der Patient am zweiten Tage nach der Operation an septischer Pneumonie, die wahrscheinlich durch das Eindringen von Milch in die Luftwege zustande gekommen war. — Im dritten Falle (Thyreotomie, Operateur: Semon) erfolgte der Tod 24 Stunden nach der Operation an Aethervergiftung. Das Anästheticum war per rectum administriert worden. Bei der Autopsie zeigte sich intensive Entzündung der Bronchien und des grössten Teils des Intestinaltractus (der Fall ist ausführlich in meiner Arbeit in der Lancet, 1894, beschrieben). — Im vierten Falle (Pharyngotomia subhyoidea, Operateur: Semon) starb der Patient am Ende des vierten Tages nach der Operation an (?) Sepsis. Bei der Autopsie zeigte sich Oedem und intensive Kongestion des Gehirns, deren Zustandekommen nicht erklärt werden konnte. — Im fünften Falle endlich (Thyreotomie, Operateur: Semon) erlag der Patient, ein 72jähriger Mann, am sechsten Tage nach der Operation der Verschlimmerung eines seit vielen Jahren bestehenden chronischen Bronchialkatarrhs mit schliesslicher cardialer Synkope. Ob septische, von dem Schwamm der Tamponkanüle ausgehende Einflüsse (vgl. p. 299) etwas mit dem Ausgange zu tun hatten, war mit Bestimmtheit nicht zu entscheiden.

Angesichts der Tatsache, dass von 13 Thyreotomien, welche bis zum heutigen Tage (7. Juni 1897) wegen wirklicher oder vermeintlicher bösartiger Kehlkopfneubildungen in meiner Praxis vorgenommen sind, drei infolge der Operation selbst tödlich verliefen, halte ich diese Operation, wie ich ausdrücklich bemerken möchte, natürlich für keine ganz ungefährliche, glaube aber, dass ihre Gefahren fast stets vermeidbar sind (vgl. weiterhin).

Von den übrigen 11 Patienten, welche die Operation selbst glücklich überstanden, ist es in einem Falle zweifelhaft, ob ein Recidiv eingetreten ist. Es handelte sich um einen 54jährigen Mann, den ich am 18. August 1894 wegen ausgedehnter Tumefaktion des rechten Taschen- und Stimmbandes mit Unbeweglichkeit des letzteren operierte. (Fall 10 meiner Tabelle in der Lancet.) Nach Eröffnung des Kehlkopfs zeigte sich das Leiden viel weiter vorgeschritten, als dies laryngoskopisch den Anschein gehabt hatte, und es mussten sämtliche Weichteile der rechten Seite des Kehlkopfs mit Einschluss einer beträchtlichen Schleimhautpartie unterhalb des rechten Stimmbandes sowie ein beträchtliches Stück der rechten Hälfte der Ringknorpelplatte, die sich infiltriert zeigte, entfernt werden. Auch der vorderste Abschnitt des linken Stimmbandes zeigte sich erkrankt, und es wurde daher seine vordere Hälfte entfernt. Der Patient erholte sich von der Operation mit überraschend guter Stimme; obwohl heiser, war sie viel kräftiger als vor der Operation. Am 14. Dezember 1894 aber, d. h. vier Monate nach der Operation zeigte sich eine sehr verdächtige Schwellung an der Stelle des Operationsfeldes, und der Patient litt an beträchtlicher Atemnot. Ich fügte deswegen der Beschreibung des Falles in der Lancet die Bemerkung zu: „Recidiv sehr wahrscheinlich.“ Gegen meinen ausdrücklichen Rat ging der Patient nach Madeira,

und ich hörte nur indirekt, dass er im Juni des folgenden Jahres, also 10 Monate nach der Operation, gestorben sei. Natürlich schrieb ich seinen Tod einem Recidiv zu; spätere Nachrichten aber, die ich durch einen Freund des Verstorbenen erhielt, bewogen mich an den Arzt, der ihn in Madeira behandelt hatte, Herrn Dr. F. G. Hicks, zu schreiben, der die Güte hatte mir am 1. März d. J. folgenden Bericht über den weiteren Verlauf des Falles zu senden:

„Mr. R. I. war vom 13. April 1895 bis zu seinem am 11. Juni desselben Jahres erfolgten Tod unter meiner Behandlung. Obwohl ich niemals den geringsten Zweifel darüber hegte, dass das Leiden ursprünglich bösartig gewesen sei, so gelang es mir trotz wiederholter laryngoskopischer Untersuchung niemals, irgend ein Anzeichen eines gegenwärtig existierenden bösartigen Leidens zu entdecken, d. h. ein Zeichen von Neubildung, Ulceration oder in der Tat irgend welchen Zustandes, welcher die Dyspnoë, an der der Kranke litt, genügend erklären konnte. Die Atemnot war zeitweise von starken Schlingbeschwerden begleitet, zeitweise konnte er seine Nahrung nur, mehr wie ein Wolf denn wie ein menschliches Wesen, zu sich nehmen. Hinsichtlich des laryngoskopischen Bildes konsultierte ich Dr. Goldschmidt, der jetzt in Paris, derzeit aber in Madeira praktizierte, und der ein vorzüglicher Laryngoskopiker ist; auch er aber konnte nichts Spezielles finden, was die Symptome erklärt hätte, obwohl er ebensowenig wie ich die ursprüngliche Bösartigkeit des Leidens bezweifelte. Dass Nervosität eine beträchtliche Rolle bei der Produktion der Symptome spielte, war offenbar, ohne dass man sie mit Bestimmtheit auf die Reizung irgend eines speziellen Nerven hätte beziehen können. Die Operationswunde am Halse, welche stets täglichen Verband erforderte[1]), begann im letzten Monate seines Lebens reichlich abzusondern, und ich wünschte lebhaft, die Oeffnung zu vergrössern und den Stand der Dinge zu explorieren, da es sich um einen Fistelgang zu handeln schien, der irgendwo hinführte.

Auch setzte ich ihm auseinander, dass ich jedenfalls möglicherweise wieder die Tracheotomie vorzunehmen haben würde. Der Patient aber willigte niemals in die Exploration ein. Gleichzeitig aber verbesserte sich der Allgemeinzustand ganz bedeutend, und es war bereits arrangiert worden, dass Mr. I. nach England zurückkehren sollte, als er plötzlich im Schlafe starb. Um den Körper nach England überzuführen war es notwendig ihn einzubalsamieren, und ich benutzte diese Gelegenheit, um den Kehlkopf zu untersuchen. Ich fand einen dickwandigen Abszess vor der Trachea, der sich linkerseits bis hinter die Luftröhre erstreckte und etwa 2,5 ccm dicken Eiter enthielt. Ohne Zweifel bildete der durch diesen Abszess verursachte Druck den Grund der von mir erwähnten Symptome. Ich hob den Kehlkopf in der Absicht auf, ihn nach England zu senden. Infolge eines unglücklichen Zufalls aber floss der Spiritus aus, in welchem er aufbewahrt war, und das Präparat verdarb."

Ich habe die freundliche Beschreibung des Kollegen Hicks wörtlich übersetzt, um meinen Lesern die Bildung eines eigenen Urteils zu ermöglichen, in welcher Weise dieser Fall aufgefasst werden soll. Angesichts des Mangels einer mikroskopischen Untersuchung des Präparats, sowie unseres mangelnden Wissens über den Ursprung des Abszesses wird er, fürchte ich, für immer in die Rubrik der „zweifelhaften" eingereiht werden müssen.

In keinem der übrig bleibenden 9 Fälle[2]) ist — wenigstens bisher — ein Recidiv erfolgt, und dieses äusserst erfreuliche Resultat gewinnt

1) Als ich den Patienten aus der Behandlung entliess (im August 1894) und auch als ich ihn am 14. Dezember desselben Jahres wiedersah, war die Wunde völlig geschlossen.

2) Natürlich kann ich hier den geheilten Thyreotomiefall, bei dem es sich herausstellte, dass es sich um ein gutartiges Papillom handelte, nicht mitzählen.

durch die Länge des in der Mehrzahl von ihnen seit der Operation verflossenen Zeitraums noch an Bedeutung. Ich stelle die betreffenden Daten übersichtlich zusammen.

	Datum der Operation	Heilungs-dauer	Bemerkungen
1. Epitheliom im linken Morgagni'schen Ventrikel. Halbseitige Kehlkopfexstirpation. Operateur: Eugen Hahn.	3. Mai 1884	$6^3/_4$ Jahre	Tod an Insufficienz und Stenose der Aortenklappen, Lebercirrhose, Anasarca, Oedem der unteren Extremitäten[1]).
2. Epitheliom in der vorderen Kommissur und an den vorderen Dritteln beider Stimmbänder. Thyreotomie. Resektion eines kleinen Stücks des Schildknorpels. Operateur: Butlin.	16. Juni 1889	$5^3/_4$ Jahre	Tod Anfang 1895, nach einer Krankheit von wenigen Tagen, an einem akuten Unterleibsleiden. Die gesunde Beschaffenheit des Kehlkopfs war noch zwei Monate vorher von Dr. Mac Mahon in Cork festgestellt.
3. Epitheliom im linken Morgagni'schen Ventrikel und am linken Taschenband. Thyreotomie. Operateur: Semon.	2. Juni 1891	Bisher 6 Jahre und zwei Monate	Bildung eines Narbenstrangs an Stelle des Stimmbandes. Vorzügliche Stimme.
4. Kavernöses Fibrosarkom am hinteren Ende des linken Stimmbandes. Thyreotomie mit Resektion des Giessbeckenknorpels. Operateur: Semon.	25. Juni 1892	Bisher 5 Jahre und ein Monat	Bildung eines Narbenstrangs. Gute Stimme, Patient, ein Geistlicher, predigt gegenwärtig in einer grossen Kirche.
5. Fibrosarkom oder „kontinuierliches" Fibrom des linken Stimmbandes. Thyreotomie. Operateur: Semon.	26. April 1894	Bisher 3 Jahre und drei Monate	Bildung eines Narbenstrangs an Stelle des entfernten Stimmbands. Gute Stimme.
6. Vom rechten Stimmband ausgehendes und auf die vordere Kommissur und den vordersten Teil des linken Stimmbandes übergreifendes Epitheliom. Thyreotomie. Operateur: Semon.	22. Mai 1895	Bisher 2 Jahre und zwei Monate	Stimme schwach aber deutlich. Das ganze rechte und die Vorderhälfte des linken Stimmbands mussten entfernt werden.
7. Epitheliom des linken Stimmbandes. Thyreotomie mit Entfernung eines Teils des linken Giessbeckenknorpels. Operateur: Semon.	27. Febr. 1896	Bisher 1 Jahr und fünf Monate	Bildung eines Narbenstrangs, Stimme bedeutend kräftiger als vor der Operation, wenn auch nicht so kräftig wie normal.

In diesem Fall ist $3^1/_2$ Jahre nach der Thyreotomie ein Recidiv der Papillome eingetreten; beiläufig bemerkt, ein neuer guter Beweis dafür, dass die gründlichste Ausrottung mancher Papillome mit Entfernung nicht nur ihres Mutterbodens, sondern auch einer Zone gesunder Umgebung nicht gegen Recidiv schützt.

1) „Case of the late Mr. Montagu Williams." British Medical Journal. Dec. 31. 1892. p. 440.

	Datum der Operation	Heilungsdauer	Bemerkungen.
8. Epitheliom der vorderen Kommissur auf beide Stimmbänder übergreifend. Thyreotomie. Entfernung des halben rechten und etwa eines Viertels des linken Stimmbandes. Operateur: Semon.	14. Mai 1896	Bisher 1 Jahr und zwei Monate	Stimme überraschend gut und kräftig, Bildung von Narbensträngen.
9. Epitheliom des linken Stimmbandes. Thyreotomie. Operateur: Semon.	21. Juli 1896	Bisher 1 Jahr	Stimme nach Bildung eines Narbenstrangs so gut, dass der Patient, ein beschäftigter Arzt, seinem Beruf ohne Störung nachgehen kann.

Analysieren wir diese Resultate nach den gegenwärtig adoptierten Grundsätzen, so finden wir, dass wenn wir von einer definitiven Heilung erst nach drei Jahren sprechen wollen, 5 Fälle, d. h. 33,3 pCt. dieser Anforderung nachkommen; dass, wenn 2 Jahre als Masstab für definitive Heilung angenommen werden, sich dieser Prozentsatz auf 40 pCt. steigert, und dass, wenn man ein Jahr als genügend gelten lässt, 9 von den 15 Patienten, d. h. 60 pCt. diese Zeit bereits überschritten haben, und zuversichtlich zu erwarten geben, dass die Heilung eine dauernde sein wird. Ich bemerke dabei, dass mit alleiniger Ausnahme des Patienten in dem fünften Falle, den ich seit längerer Zeit nicht gesehen, von dessen vollständigem Wohlbefinden ich aber aus zuverlässiger Quelle gehört habe, ich alle gegenwärtig lebenden Patienten, an denen ich die Radikaloperation vollzogen habe, im Laufe der letzten Monate gesehen und die Gesundheit ihres Kehlkopfes konstatiert habe.

Das sind gewiss hoch erfreuliche Resultate, zumal wenn man erwägt, dass mit Ausnahme zweier Fälle (2 und 6) die Stimme nach der Operation viel besser geworden ist, als sie es vor der Operation war; dass die Verbesserung in mehreren Fällen sich tatsächlich auf eine Wiederherstellung der normalen Stimme beläuft, und dass mit Ausnahme des Falles 6, in welchem der ohnehin fast an der Altersgrenze seiner Amtsfähigkeit angelangte Herr seine Pensionierung ein Jahr früher hatte nachsuchen müssen, als das sonst der Fall gewesen wäre, alle Patienten ihren Beruf wieder haben aufnehmen und ohne Beschwerden bis zur Gegenwart verfolgen können.

Wenn ich an dieser Stelle noch einmal hervorhebe, dass diese Resultate nur durch frühe Diagnose und frühe Operation erzielt werden konnten, so muss ich auf die Frage gefasst sein, ob die uns gegenwärtig für die Frühdiagnose zu Gebote stehenden Merkmale so zuverlässiger Natur seien, dass man auf sie vertrauend vorgehen könne, ohne die Möglichkeit eines diagnostischen Irrtums befürchten zu müssen?

Diese Frage beantworte ich pflichtgemäss verneinend! — Es gibt leider mit alleiniger Ausnahme derjenigen Fälle, in denen es gelingt, zunächst ein Stückchen der Neubildung intralaryngeal zu entfernen und sodann die epitheliomatöse Natur derselben mikroskopisch sicher festzustellen, kein einziges klinisches Zeichen in den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen, welches an sich so charakteristisch wäre, dass es mit absoluter Sicherheit die bösartige Natur der Neubildung feststellte. Die Form, der Sitz, die Beschaffenheit der Oberfläche, die Farbe der Neubildung selbst, die Beschaffenheit der Umgebung, die Beweglichkeit des Stimmbands, das Alter des Patienten, die sonstigen subjektiven Symptome, — sie alle mögen und werden dem geübten Auge Anhaltspunkte für die Diagnose geben, den Verdacht auf Malignität erwecken, die Diagnose, zumal wenn mehrere von ihnen vereint zu solchem Verdacht Veranlassung geben, beinahe zur Gewissheit erheben, aber absolut charakteristisch sind sie alle in den frühesten Stadien nicht, und die Möglichkeit eines Irrtums in einzelnen, weniger charakteristischen Fällen ist nicht ausgeschlossen. Butlin hat die Sachlage richtig gekennzeichnet, als er in seinem einleitenden Vortrag bei einer Diskussion über die Indikationen für die frühzeitige Radikalbehandlung des Kehlkopfkrebses[1]) aussprach, dass wir noch immer in der Lage seien und wahrscheinlich eine längere Reihe von Jahren bleiben werden, zugestehen zu müssen, dass es sich hier um drei Klassen von Fällen handelt: die erste, in welcher Jedermann die Diagnose stellen kann; die zweite, in welcher die besser Unterrichteten oder Erfahreneren die Diagnose stellen und die Anderen es nicht vermögen, und die dritte Klasse, in welcher die Verhältnisse so dunkel sind, dass Niemand die Diagnose stellen kann, ohne den Kehlkopf zu öffnen, und bei manchen von welchen es selbst dann schwierig ist, über die Natur des Leidens Sicheres auszusagen.

Diesem Ausspruch schliesse ich mich vollständig an. Es gibt in der Tat eine — glücklicherweise nur kleine — Reihe von Fällen, in denen es selbst bei verhältnismässig grösster Erfahrung kaum möglich ist, gelegentlich einen Irrtum zu vermeiden, und als Beleg dessen halte ich es für meine Pflicht, drei Fälle kurz zu berichten, in welchen ich selbst einen diagnostischen Irrtum begangen habe. Der erste derselben ereignete sich in meiner eigenen Praxis und ist von mir bereits in meiner Arbeit in der Lancet im Jahre 1894 ausführlich beschrieben worden. Die beiden anderen stammen aus der Praxis meines Freundes Butlin; ich hatte Gelegenheit, sie als Konsultant zu sehen, und Mr. Butlin hat mich zu ihrer kurzen Mitteilung an dieser Stelle ermächtigt.

Im ersten Falle (Tabelle meiner Arbeit in der Lancet, Fall 11) handelte es sich um einen 64jährigen Mann, der mich wegen kompletter Aphonie konsultierte. Es zeigte sich eine undeutlich begrenzte, papillomatöse Masse in der vorderen Kommissur und an den vorderen Enden beider Stimmbänder. Nach intralaryngealer Entfernung erfolgte beinahe sofort ein Recidiv, und diese Tendenz zu Recidiven zeigte sich nach

1) British Medical Journal. Oct. 26. 1895. p. 1034.

jedem neuen Eingriffe mit ungewöhnlicher Schnelligkeit. Die entfernten Stücke wurden wiederholt von Mr. Shattock untersucht und als Papillome befunden, die sich durch ungewöhnliche Dicke des Epithels auszeichneten. Allmählich verhornte das Epithel mehr und mehr, und gleichzeitig trat eine sich immer vermehrende Zahl kleiner Rundzellen in den Präparaten auf. In Anbetracht des Alters des Patienten und der ungemeinen Tendenz zu recidivieren, hegte ich Befürchtungen hinsichtlich der Malignität des Prozesses, welche von Mr. Shattock nicht nur geteilt wurden, sondern ihn zu dem dringenden Rat veranlassten, die Radikaloperation vorzunehmen. Auch Mr. Butlin, den ich konsultierte, drang darauf, diesen anscheinend unvermeidlichen Schritt nicht zu lange zu verschieben. So nahm ich denn die Thyreotomie am 12. Juli 1893 vor, und entfernte die vorderen Abschnitte beider Stimmbänder und den vorderen Winkel des Schildknorpels, der infiltriert zu sein schien. Als aber Mr. Shattock die bei der Operation entfernten Geschwulstmassen mikroskopisch untersuchte, stellte es sich heraus, dass es sich in Wirklichkeit um ein gutartiges Papillom handelte, (die Details müssen in meiner Arbeit in der Lancet nachgelesen werden), und die mikroskopische Diagnose hat sich, wie bereits erwähnt, in neuester Zeit dadurch bestätigt, dass gegenwärtig eine fast allgemeine papillomatöse Degeneration der ganzen Kehlkopfschleimhaut vorliegt, wegen welcher ich den Patienten, der sich im Uebrigen guter Gesundheit erfreut, eben intralaryngeal behandelt habe. — In diesem Falle also hat, worauf ich besonders aufmerksam machen möchte, die mikroskopische Untersuchung seitens eines anerkannt vorzüglichen Pathologen nicht allein die Diagnose nicht aufgeklärt, sondern sogar die Vornahme einer, wie es sich nunmehr herausgestellt hat, überflüssigen Operation, wenn nicht veranlasst, so doch jedenfalls beschleunigt.

Der zweite Fall betraf einen 37jährigen Geistlichen, der mir am 29. Oktober 1890 von Mr. Butlin zugeführt wurde (Fall 5 der de Santi'schen Tabelle von Mr. Butlin's Fällen). Vorher hatte ihn bereits Dr. M'Bride in Edinburgh und Mr. Gilbert Barling in Birmingham gesehen. Der Patient hatte seit etwa einem halben Jahre an Stimmstörung besonders beim Predigen gelitten, während sonst keine Beschwerden irgend welcher Art vorhanden waren. Mr. Barling hatte eine „warzige" Neubildung auf dem linken Stimmbande konstatiert. Diese Diagnose war von Dr. M'Bride und Mr. Butlin bestätigt worden, und es handelte sich um die Frage, ob diese Neubildung bösartig sei. Eine intralaryngeale Operation behufs mikroskopischer Untersuchung war nicht vorgenommen worden. Ich fand eine sessile, weisse, anscheinend oberflächlich ulzerierte Neubildung am vorderen Drittel des schmutzig rot kongestionierten Stimmbandes, dessen Beweglichkeit aber frei war. Der Rest des Kehlkopfs war gesund; aussen am Halse nichts Abnormes zu konstatieren. Ich teilte die schon von Butlin ausgesprochene Befürchtung der Bösartigkeit. — Mr. Butlin erklärte mir, dass der Befund sich innerhalb der letzten drei Wochen sehr geändert habe, und dass sowohl die Ulceration der Neubildung wie die Kongestion des Stimmbandes neue Erscheinungen seien. Ich riet zu vorläufigem Abwarten bei vollständigem Schweigen und Jodkaligebrauch für 3 Wochen. — Am 19. November sah ich den Patienten wieder, konnte keine Veränderung konstatieren, und riet zu längerem Warten. — Zum dritten Male sah ich den Patienten am 13. Dezember 1890 in Konsultation mit Mr. Butlin und Mr. Barling. Diesmal waren beide Stimmbänder gerötet; die Ulceration hatte nicht an Umfang zugenommen, die ganze Basis der Geschwulst schien aber etwas erhöht; dabei war die Bewegung des Stimmbandes noch immer ganz frei und die Stimme merkwürdig klar. Ich riet zu einer Probeinjektion von Tuberkulin, und sagte, dass, wenn diese erfolglos sei, ich der von Butlin und Barling proponierten explorativen Laryngofissur nicht länger widersprechen könne, angesichts der Erhöhung der Basis der

Geschwulste. Die Operation wurde am 22. Januar 1891 von Mr. Butlin in meiner Gegenwart vorgenommen.

Nach Eröffnung des Kehlkopfs zeigte sich zu unserem Erstaunen, dass die Neubildung völlig scharf begrenzt in dem Gewebe des Stimmbandes sass und aus demselben mit leichter Mühe herausgehebelt werden konnte. Sie war so hart, dass wir alle sie zunächst für eine Ablagerung von Salzen (wahrscheinlich Uraten) in das Gewebe des Stimmbandes hielten, und in einem Vortag über bösartige Erkrankung des Kehlkopfes[1]) habe ich ihrer in diesem Sinne gedacht. Wie mir Mr. Butlin aber vor wenigen Tagen mitteilte, ergab die mikroskopische Untersuchung, dass es sich um eine einfache Epithelverhärtung handelte, die er mit dem Namen „Leukom" bezeichnete. Eine chemische Untersuchung ist leider nicht angestellt worden. — Nach Entfernung dieser Platte oder Spange zeigte sich der Rest des Stimmbandes, abgesehen von einiger Kongestion, so gesund, dass wir es nicht für notwendig hielten, das Stimmband selbst zu entfernen. Der Patient erholte sich schnell und gewann nicht nur seine Sprech-, sondern auch seine Singstimme im vollsten Umfange wieder. — Dass es sich hier um eine ganz ausnahmsweise pathologische Merkwürdigkeit handelte, brauche ich wohl nicht besonders zu betonen.

Im dritten, bisher nicht veröffentlichten Fall war der Patient ebenfalls ein Geistlicher, der mir von Mr. Butlin am 3. November 1896 zugeführt wurde. Der 63jährige gichtische Kranke hat seit Jahren an Heiserkeit gelitten, die kürzlich zugenommen hatte. Bei laryngoskopischer Untersuchung zeigte sich beträchtliche allgemeine Verdickung des rechten stark kongestionierten Stimmbandes mit einer leichten Hervorragung am freien Rande und unterhalb seiner Mitte. Die Bewegungen des Stimmbandes waren vollständig frei. Ich stimmte mit Mr. Butlin darin vollständig überein, das Bild für sehr verdächtig zu halten, riet aber, einen weiteren Monat zu warten, Jodkalium zu geben, und den Patienten während dieser Zeit sich vollständigen Stillschweigens befleissigen zu lassen. Als ich den Kranken am 30. November wiedersah, hatte sich das Bild so weit geändert, dass die Hervorragung in der Mitte und unterhalb des rechten Stimmbandes an Grösse, besonders in der Richtung nach hinten, entschieden zugenommen hatte; auch war die Kongestion stärker als bei der ersten Untersuchung. Ich konnte nicht ganz darüber ins Klare kommen, ob das Stimmband sich etwas träger bewegte als das andere, hielt es aber bei der ersichtlichen Ausdehnung des Prozesses in der Richtung nach hinten nicht für angemessen länger zu warten, und stimmte mit Mr. Butlin darin überein, dass die Operation ohne Verzug vorgenommen werden sollte. Dieser Rat wurde im Laufe der folgenden Woche befolgt. Ich war bei der Operation nicht gegenwärtig, hörte aber von Mr. Butlin, dass nach Eröffnung des Kehlkopfes die Geschwulst am Rande und unterhalb des linken Stimmbandes sich als ein einfaches Blutextravasat herausgestellt habe, welches leicht entfernt werden konnte, und dass das Stimmband selbst sich nur stark mit Blut durchtränkt zeigte, ohne dass eine eigentliche Neubildung vorlag. Mr. Butlin begnügte sich daher die Blutgerinnsel zu entfernen. Der Patient erholte sich schnell von der Operation und gewann die heisere Stimme zurück, die er vor der Operation gehabt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich das entfernte Stück als reines Blutgerinnsel ohne Andeutung einer Cystenwand. Wie die ganz allmähliche Blutung zustande gekommen sei, liess sich nicht ermitteln. — Auch in diesem Falle also hatten wir es mit einem ganz ungewöhnlichen Ereignis zu tun. —

Endlich gehört möglicher-, wenn auch nicht wahrscheinlicherweise mein eigener schon oben (S. 411) erwähnter Fall hierher. (Fall 12 in meiner Tabelle in der Lancet.)

1) The Clinical Journal. Feb. 26. 1896. Separatabdruck. p. 38.

Bei einem 54jährigen Manne zeigte sich, von einem kleinen, sessilen, runden Knötchen in der Mitte des linken Stimmbandes ausgehend eine allmählich unter meinen Augen zunehmende allgemeine bedeutende Verdickung des ganzen Stimmbandes, in welcher die ursprünglich wohl definierte Geschwulst vollständig unterging. Als auch die Beweglichkeit des Stimmbands zu leiden begann, nahm ich am 26. April 1894 die Thyreotomie vor, und entfernte das ganze Stimmband, welches sich beträchtlich verdickt zeigte, besonders in seinem mittleren Drittel, und eine granulöse Beschaffenheit aufwies. Die Verdickung hatte aber nicht auf die benachbarten Teile übergegriffen. Die von Mr. Shattock vorgenommene mikroskopische Untersuchung liess es zweifelhaft, ob es sich um ein Fibrosarkom, oder um eine dem Fibroma molluscum analoge Geschwulstform, die er als „weiches kontinuierliches Fibrom" bezeichnete, handelte. Dem klinischen Bilde nach war jedenfalls das erstere viel wahrscheinlicher.

Lehren die vorstehenden Fälle, besonders die ersten drei derselben, mit welch ungemeiner Vorsicht man bei der Diagnose bösartiger Kehlkopfneubildungen in ihren frühesten Stadien zu verfahren hat, so lässt ihr Studium andererseits wohl keinen Zweifel darüber, dass in allen diesen Fällen ausnahmsweise Verhältnisse seltenster Art vorlagen. In solchen stets diagnostische Irrtümer mit Sicherheit zu vermeiden, dürfte bei dem gegenwärtigen Zustande unserer Kenntnisse noch nicht möglich sein, und man muss daher in Fällen dieser Art die Möglichkeit, dass trotz anscheinender klinischer Malignität, es sich um etwas anderes handeln möge, nicht ausser Augen lassen. In Bezug auf diese Irrtümer aber, gegen welche, wie mein erster Fall zeigt, auch die intralaryngeale Probeexcision und mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulstteile nicht sicher schützt, kann ich nur nachdrücklich wiederholen, was ich schon in der Lancet hervorgehoben habe: lieber eine Thyreotomie, wo möglicherweise intralaryngeale Operationen hingereicht haben würden, als der Verlust eines Lebens durch zu lange Verzögerung der Radikaloperation! —

Es erübrigt jetzt noch, drei andere Formen der Radikaloperation wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen kurz zu erörtern.

Was zunächst die intralaryngeale Methode anbetrifft, so habe ich mich über dieselbe am Schlusse der Sammelforschung[1]) ausführlich ausgesprochen, und möchte an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich auf meine dortigen Ausführungen verweisen, an welchen ich durchaus festhalte! — Damals schloss ich meine ziemlich skeptischen Betrachtungen mit folgenden Sätzen: „Es hat immer etwas sehr Missliches, mit theoretischen Bedenken neuen aussichtsvollen Vorschlägen entgegenzutreten, und möglicherweise den Fortschritt der Wissenschaft und Therapie dadurch zu verzögern. Wie wir heute über die Bedenken lächeln, welche noch vor verhältnissmässig wenigen Jahren vielen segensreichen Operationen entgegengebracht wurden, die sich jetzt volles Bürgerrecht erworben haben — man denke nur an die Ovariotomie — so

1) Internationales Centralblatt für Laryngologie etc. Bd. XI. S. 284 ff. *) Vgl. S. 273 u. ff. dieses Bandes.

mag in wenigen Jahren die intralaryngeale Chirurgie des Kehlkopfkrebses so günstige Resultate aufzuweisen haben, dass alle theoretischen Bedenken denselben gegenüber verstummen müssen. Niemand wird sich herzlicher über solche praktische Widerlegung seiner Befürchtungen freuen, als der Herausgeber. Wie aber die Sachen jetzt stehen, schien es ihm geboten, bei einer Gelegenheit wie der vorliegenden, mit der Präcisierung seines gegenwärtigen Standpunktes nicht zurückzuhalten. Mögen die Erfahrungen der kühnen Laryngologen, welche ohne Zweifel Fränkel's Ratschläge in Tatsachen umsetzen werden, beitragen, bald seine gegenwärtige Reserve in ebenso grosse Hoffnungsfreudigkeit zu verwandeln."

Das war mein Standpunkt am Ende des Jahres 1889. Seither sind 6½ Jahre verflossen, und die Erwartung, dass Fränkel's Ratschläge von dem kühneren Teile der Laryngologen befolgt werden würden, hat sich verwirklicht.

Kürzlich haben Hansberg (l. c. p. 184) und Sendziak (l. c. p. 75) eine Reihe von Fällen zusammengestellt, in denen mittelst der intralaryngealen Methode dauernde Heilung erzielt worden ist, und in den allerjüngsten Tagen ist B. Fränkel [1]), der Vater dieser Methode, wieder auf dieselbe zurückgekommen, und hat zunächst neun eigene Fälle berichtet, von denen fünf geheilt sind, und zwar sämtlich seit 6—13 Jahren; ein Fall aus der Beobachtung entschwunden ist, zwei Fälle später mittelst Laryngofissur operiert worden sind, und einer an Kehlkopfkrebs nach der Tracheotomie vier Jahre nach dem ersten intralaryngealen Eingriffe starb. Fränkel analysiert sodann die Hansberg'schen und Sendziak'schen Zusammenstellungen, und kommt zu dem Schluss, dass unter 22 Fällen 12 Heilungen berichtet worden seien. Das ist sicher, wie er sagt, „ein glänzendes Resultat," und selbst der hartgesottenste Skeptiker wird sich demgegenüber nicht dem Faktum verschliessen können, dass man in der Tat in gewissen Fällen den Kehlkopfkrebs durch intralaryngeale Eingriffe dauernd heilen kann.

So wenig ich mich aber dieser Tatsache verschliesse, so bereitwillig ich es als einen hohen Vorzug der intralaryngealen Methode anerkenne, dass die Operation, wie Fränkel mit Recht an erster Stelle hervorhebt, eine durchaus ungefährliche ist, so muss ich, wenn ich aufrichtig sein soll, gestehen, dass für mich persönlich dieser Vorzug nicht meine sonstigen Bedenken der Methode gegenüber aufwiegt, und dass alles, was ich zugeben kann, darin besteht, dass dieselbe in einer sehr beschränkten Minorität von Fällen, in welchen eine Konstellation ungewöhnlich günstiger Umstände zusammenkommt, versucht [2]) werden mag, ehe man zu der äusseren Radikaloperation schreitet.

Diese Konstellation ist folgende:

1. Frühzeitige Diagnose.

---

1) Intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebses. Archiv f. Laryngol. Bd. VI. Heft 2. S. 361.

2) Persönlich würde ich selbst unter diesen Umständen hierzu nicht geneigt sein.

2. Beschränkter Umfang, nach allen Richtungen hin laryngoskopisch wahrnehmbare Begrenzung, und derartiger Sitz der Neubildung, dass die Möglichkeit gegeben ist, im ganzen Umfange der Geschwulst überall in genügender Entfernung bis ins Gesunde vorzudringen.

3. Ein hoher Grad laryngoskopisch-chirurgischer Technik.

4. Die Möglichkeit, den Patienten nach der Operation lange Zeit unter in kurzen Zwischenräumen periodisch wiederholter Kontrolle zu behalten.

Erfreulicherweise befinde ich mich in allen den genannten Anforderungen, mit alleiniger Ausnahme der dritten, die Fränkel wohl nur aus natürlichen Bescheidenheitsgründen nicht erwähnt hat, mit ihm in vollständigster Uebereinstimmung. Ich kann allen denjenigen, die sich der intralaryngealen Methode in einschlägigen Fällen bedienen wollen, nur auf das dringendste raten, jeden Satz der letzten drei Seiten seiner Ausführungen mit grösster Aufmerksamkeit zu studieren! — Dann dürften irrige Verallgemeinerungen seiner augenscheinlich nur für eine ganz beschränkte Kategorie von Fällen bestimmten Empfehlungen vermieden werden, und solche irrigen Verallgemeinerungen dürften ebenso dem Interesse der Kranken, wie dem Ansehen unserer Spezialität schaden.

Erwägt man die genannten vier Vorbedingungen, so wird man sehen, dass dieselben voraussichtlich nur in wenigen Fällen zusammentreffen werden. Sehr bezeichnend ist es, dass Fränkel selbst angibt, dass er in den Jahren 1890 bis 1896 nur zweimal Gelegenheit hatte, die intralaryngeale Methode anzuwenden! — Ich selbst weiss mich bei der verhältnismässig bedeutenden Anzahl von Fällen von Kehlkopfkrebs, die ich seit seiner Empfehlung im Jahre 1889 gesehen habe, nur eines einzigen Falles zu erinnern, bei welchem möglicherweise mit Berücksichtigung der aufgestellten Indikationen die intralaryngeale Methode hätte in Frage kommen können, und in diesem Falle entzog sich leider der Patient nach einer einzigen Konsultation meiner eigenen Beobachtung, und ging 14 Monate später nach vorgenommener Tracheotomie ohne andere äussere Operation an Kehlkopfkrebs zu Grunde.

In verschiedenen Einzelfragen geht meine Anschauung von der meines verehrten Freundes noch immer beträchtlich auseinander: so bin ich fest überzeugt, dass die äussere Methode denn doch weit grössere Sicherheit verspricht als die intralaryngeale, und ferner — nach meinen eigenen Erfahrungen zu schliessen — dass sie bessere Aussichten gegen Recidive darbietet als die intralaryngeale. Auch tritt für mich, wie ich das schon oben bei der Besprechung der Thyreotomie (vgl. pp. 302 und 305) ausgeführt habe, beim Kehlkopfkrebs die Frage der Erhaltung der Stimme durchaus gegenüber derjenigen der Verhütung von Recidiven zurück. — Ich halte es aber für unnötig, auf diese Fragen nach alledem, was ich in der Sammelforschung und auch in dieser Arbeit gesagt habe,

noch einmal ausführlich zurückzukommen, und freue mich vielmehr konstatieren zu können, dass ich gegen keine der Fränkel'schen Indikationen prinzipielle Einsprache zu erheben brauche.

Noch möchte ich anführen, dass in dieser ganzen Frage Vieles von den äusseren Verhältnissen und von dem Temperament des Kranken wie des behandelnden Arztes abhängen wird; der eine mag es vorziehen, sich Monate oder Jahre lang unter Kontrolle zu halten, statt sich den Kehlkopf eröffnen zu lassen; der andere wird der letzteren Eventualität ohne Zögern den Vorzug geben. Auch die Wohnungsfrage kommt in hohem Grade zur Geltung: von den 17 Kranken, bei denen in meiner Praxis die äussere Radikaloperation vorgenommen worden ist, lebten nur 7 in London, die anderen 10 entweder auf dem Lande oder in kleineren Städten, in welchen die Möglichkeit einer fachmännischen häufigen Kontrolle nicht gegeben war. — Fränkel selbst hat es so beredt ausgesprochen, dass die intralaryngeale Methode niemals die Ursache abgeben darf, dass der günstige Zeitpunkt einer äusseren Operation verpasst werden darf, dass dieser eine Umstand hinreicht, um zu erklären, dass ich, selbst wenn sich die Fälle der auswärts lebenden Patienten sonst für die intralaryngeale Operation geeignet hätten, pflichtgemäss denselben die letztere nicht hätte empfehlen können. — Es ist eben, wie er so richtig sagt, selbst in solchen ausgewählten Fällen eine Frage der Gewissenhaftigkeit der Fachgenossen! — Der Kehlkopfkrebs ist eine furchtbar ernste Sache, und jeder Laryngologe, der die Verantwortlichkeit übernimmt, ihn selbst in anscheinend geeigneten Fällen mittelst der intralaryngealen Methode zu behandeln, dürfte gut daran tun, zunächst dem Kranken selbst, resp. seinen Angehörigen, ein klares Bild der Sachlage zu geben, und ihre vollständige Zustimmung zu seinem Vorgehen zu erwirken.

Die zweite noch zu besprechende Operationsmethode ist die Pharyngotomia subhoidea.

Die Indikationen für diese Operation sind einfach; sie kommt hauptsächlich in Frage bei bösartigen Neubildungen, die von der Epiglottis oder von einer der arytaeno-epiglottischen Falten ausgehen. Ihre Technik ist eine leichte. Nach Vornahme der Tracheotomie und Einführung der Hahn'schen Canüle wird ein querer Schnitt horizontal und parallel mit dem unteren Rande des Zungenbeins in der Länge von etwa 6 cm über den Hals geführt; dann dringt man, in der Inzisionslinie schichtweise präparierend, in die Tiefe. Sobald die Membrana thyreohyoidea frei gelegt ist, wird sie gespalten; während dieses Aktes muss der Operateur sich hüten, nicht die Epiglottis dicht an ihrer Basis zu durchschneiden, da dieselbe nicht immer von dem Ligament durch die gewöhnliche Schicht von Bindegewebe getrennt ist, sondern bisweilen, wie ich dies selbst gesehen habe, demselben adhäriert. Der ganze Pharynx liegt nunmehr offen dar. Der Kehlkopf wird dann etwas aus der Wunde

nach vorn gezogen und die Neubildung mit dem Messer oder der gekrümmten Schere entfernt. Selbstverständlich muss im gesunden Gewebe der Nachbarschaft und nicht zu nahe an der Neubildung selbst operiert werden. Nach vollständiger Entfernung der letzteren werden alle eröffneten Gefässe unterbunden, die Wunde wird in der oben bei der Thyreotomie beschriebenen Weise desinfiziert, und der Pharynx mittelst Pferdehaarsuturen von der äusseren Wunde abgeschlossen, die sodann sofort nach Einlegen einer dünnen Drainageröhre ebenso vernäht wird. Die äussere Wunde wird endlich mit Cyanidgaze bedeckt und eine Bandage um den Hals angelegt. — Die ganze Sache ist so äusserst einfach, dass man glauben sollte, dass diese Operation das Minimum von Gefahren in sich birgt. Wie aber schon oben erwähnt, ist gerade bei ihr eine ganz auffallende Mortalität beobachtet worden. Sendziak zufolge (l. c. p. 103) hat mehr als die Hälfte der Fälle durch Tod infolge der Operation selbst geendigt. Es wird die Aufgabe der Zukunft sein, den Grund dieser hohen Mortalität zu ermitteln. Wie schon erwähnt, war dies in meinem eigenen Falle und in dem anderen mir bekannten aber nicht veröffentlichten Eall trotz stattgehabter Obduktion unmöglich.

Wir kommen endlich zu der totalen Kehlkopfexstirpation. Schon im Eingange dieser Arbeit habe ich meine Haltung dieser Operation gegenüber dahin präzisiert, dass ich, obwohl von prinzipieller Gegnerschaft weit entfernt, doch andererseits nichts weniger als ein enthusiastischer Verehrer dieser Methode sei. Ich habe diese Ansicht nunmehr zu begründen, und schicke nur voraus, dass ich, obwohl mir keine eigenen Erfahrungen über die Technik der Operation zu Gebote stehen, eine genügend grosse Anzahl von Patienten gesehen habe, an denen diese Operation vorgenommen war, um mich, zusammengehalten mit meinen literarischen Studien über diesen Gegenstand, zur Bildung eines eigenen Urteils berechtigt zu fühlen.

Obwohl auch gegenwärtig noch in einzelnen Fällen der ganze Kehlkopf exstirpiert wird, wo man mit einer bedeutend geringeren Operation hätte auskommen können[1]), so gibt es heutzutage doch wohl Niemanden mehr, der grundsätzlich die Foulis'sche Proposition: „dass die totale Kehlkopfexstirpation besser sei, als die partielle" unterschriebe, und die Indikationen für die erst genannte Methode dürften nach allgemeinem Consens gegenwärtig auf zwei Klassen von Fällen beschränkt sein, nämlich:

1. diejenigen Fälle von innerem Kehlkopfkrebs, bei denen das Leiden von vornherein von der Hinterwand des Kehlkopfs ausging, oder bei denen, wenn auch die Krankheit an einer günstigen Stelle des Kehl-

---

1) Ein Präparat dieser Art wurde noch im Jahre 1895 in der laryngologischen Sektion der British Medical Association in London demonstriert.

kopfes begann, die Diagnose erst so spät gestellt wurde, dass geringere Eingriffe, wie die Thyreotomie oder die partielle Kehlkopfexstirpation, nicht mehr ausreichen, um die Krankheit radikal auszurotten,

2. diejenigen traurigen Fälle von äusserem Kehlkopfkrebs, bei denen das Leiden auf der Hinterfläche der Ringknorpelplatte seinen Ursprung nimmt. In beiden Kategorien gehen die Kranken einem unvermeidlichen, und in vielen Fällen der zweiten Kategorie besonders qualvollen Tod entgegen, wenn nicht durch die Totalexstirpation das Leiden beseitigt werden kann. Angesichts dieser Sachlage wird kein verständiger Arzt übertriebenen Wert auf die Gefahr der Operation selbst und die der Recidive legen, so ernst und beträchtlich beide auch sind. Berechnet doch Sendziak (l. c. p. 163) die Anzahl der Todesfälle infolge der Operation selbst auf 44,7 pCt., die Anzahl der Recidive (l. c. p. 162) auf 32,45 pCt.! Hält man sich aber vor Augen, dass ohne die Operation alle Patienten, die diesen traurigen Formen der Krankheit anheimgefallen sind, derselben erliegen würden, so würde man selbst den geringen Prozentsatz definitiver (5,85) und relativer Heilungen (6,9) von denen Sendziak (l. c. pp. 160, 161) berichtet, als eine wichtige Errungenschaft der Chirurgie auffassen müssen, wenn nicht eine andere Frage hinzukäme, auf welche von manchen Autoren, namentlich von Sendziak, meines Erachtens nicht genügende Bedeutung gelegt wird, nämlich die nach der Art der Existenz der Kranken nach der Operation!

Natürlich bin ich nicht der erste, der auf diesen überaus wichtigen Punkt die Aufmerksamkeit lenkt. Schon bei der Diskussion im Jahre 1881 wurde derselbe von verschiedenen Seiten nachdrücklichst betont; seither haben Tauber, Bryson Delavan, Moritz Schmidt, Hansberg — um nur einige Namen zu nennen — seiner ganz speziell gedacht. Nichtsdestoweniger aber ist es erforderlich, hier auf ihn einzugehen, nicht nur weil er m. E. von entscheidendster Bedeutung für die Schätzung der Methode ist und mich persönlich dazu bewegt, sie mit geringer Gunst zu betrachten, sondern auch weil in allerjüngster Zeit wieder die Vornahme der Operation in allen Fällen, wo sie möglich ist, dringend empfohlen wird.

Sendziak sagt nämlich (l. c. p. 187): „Ueberhaupt muss man überall, wo die vollständige Exstirpation des Larynx beim Kehlkopfkrebs indiziert ist, sie unbedingt vornehmen und dem Kranken entschieden zureden. So zu handeln ist die moralische Pflicht eines jeden Arztes; im entgegengesetzten Fall wird er es auf dem Gewissen haben, dass er, während er den Kranken noch retten konnte, ihn den schrecklichen Leiden, welche das Los solcher Kranken sind, preisgab.“

Ich kann mich diesem Standpunkt nicht anschliessen. Zu sehr vernachlässigt meines Erachtens der Autor die Erwägung, welches die weitere Existenz der Patienten ist, wenn er verlangt, dass man ihnen „entschieden zureden“ soll. Es ist ein anderes, einen Patienten,

bei dem die totale Kehlkopfexstirpation gelungen ist, kurze Zeit nach der Operation in einer medizinischen Gesellschaft zu demonstrieren und Glückwünsche über den chirurgischen Erfolg entgegenzunehmen, ein anderes, zu erwägen, welche Existenz der Kranke für die Dauer seines Lebens nach der Operation zu führen hat! — Bryson Delavan hat bei der Diskussion[1]) über die Radikaloperation des Kehlkopfkrebses in der laryngologischen Sektion der British Medical Association in dieser Beziehung m. E. so sehr das Richtige getroffen, dass ich nicht besser tun kann, als seine bezüglichen Ausführungen hier zu zitieren:

„Es sind zum wenigsten vier Fälle berichtet worden,“ sagte er in seinem einleitenden Vortrag, „in denen das Subjekt einer sogenannten erfolgreichen Kehlkopfexstirpation Selbstmord begangen hat; auch dürfen wir uns nicht wundern, dass der Schrecken vor der Operation und vor der Periode der Nachbehandlung, die physische Entstellung, welche ihr folgt, die Beeinträchtigung der Sprache, der soziale Ostracismus in den höheren Ständen, und die physische Inkapazität in den niederen einen seltenen Gleichmut und fast übermenschliche moralische Tapferkeit seitens desjenigen erfordert, der gezwungen ist, dieser Sachlage ins Auge zu sehen. Das Temperament des Kranken kann daher leicht den entscheidenden Faktor für den Erfolg oder das Misslingen des Resultats bilden, während hiervon sowie von seinen Umgebungen und seinen intellektuellen Fähigkeiten sich letzteren, so gut es gehen will, anzupassen, seine Fähigkeit abhängt, sein späteres Leben zu ertragen. Sowohl der Instinkt wie die Erziehung des Chirurgen führen ihn zu heroischen Anstrengungen, das Leben zu retten. Es ist aber eine ernste Frage, die nicht leicht von der Hand gewiesen werden kann, ob manche der Leben, die von den Resultaten der Laryngeotomie beeinflusst worden sind, überhaupt lebenswert seien. Mehrere Patienten haben die Entscheidung dieser Frage bereits in ihre eigene Hand genommen und sie in negativem Sinne beantwortet.“

Das sind gewiss beherzigenswerte Worte. Ich selbst habe, wie bereits erwähnt, eine gewisse Anzahl erfolgreich Operierter gesehen, und muss bekennen, dass ihr Anblick den Gegensatz zwischen einer gelungenen chirurgischen Operation und einem lebenswerten Leben mir bei jedem neuen Falle klarer gemacht hat. Ich werde nie vergessen, welchen Eindruck es auf mich machte, als kürzlich in der Londoner Laryngologischen Gesellschaft vier Patienten gleichzeitig demonstriert wurden, bei denen wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen die totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen war. Mir war das mit Grauen gemischte Mitleid, mit dem die anderen bei dieser Gelegenheit demonstrierten Patienten auf die Unglücklichen blickten, durchaus verständlich und sympathisch, denn ich selbst hatte das Gefühl, als ob ihnen ein Stück ihres Menschentums genommen sei. — Ich frug jeden der Operierten,

---

1) British Medical Journal. Vol. II. p. 1030.

ob und wie er sich verständlich machen könnte. Zwei der Kranken schüttelten einfach mit trauriger Miene den Kopf, der dritte konnte sich mittelst einer leisen Flüsterstimme einigermassen verständlich machen, der vierte, der nach der neueren Methode des Vernähens des unteren Endes der völlig durchschnittenen Trachea in die Hautwunde operiert worden war, versuchte mir zu antworten; die mit lautem zischenden Geräusch aus der Wunde entweichende Luft aber übertönte die hauchenden Laute, die aus seinem Munde hervordrangen.

Es mag vielleicht erwidert werden, dass dies ungewöhnlich ungünstige Fälle gewesen seien, dass in einer grossen Reihe von Fällen die Patienten sich mittelst eines künstlichen Kehlkopfes recht gut hätten verständlich machen können; dass in anderen Fällen eine Pseudostimme zu Stande gekommen sei; dass einzelne der Patienten sich anscheinend nach der Operation jahrelang ganz glücklich gefühlt hatten. Ich bezweifle das alles nicht. Ich habe selbst den Solis Cohen'schen Patienten, dem vor vielen Jahren der Kehlkopf entfernt worden ist, mit verhältnismässig lauter Stimme sprechen hören, und weiss, dass dies Resultat auch in anderen Fällen erzielt worden ist; soweit mir aber bekannt, sind das doch nur seltene Ausnahmefälle. Nach den in der Literatur niedergelegten Berichten scheint es ferner auch, als ob das Tragen eines künstlichen Kehlkopfs den Patienten gewöhnlich solche Unbequemlichkeiten verursachte, dass die Mehrzahl derselben später lieber darauf verzichtet, einen solchen zu tragen, als sich mittelst seiner verständlich zu machen. — Es mag auch Fälle geben, in denen die Gemütsanlage des Kranken ihn seine Lage nach der Operation nicht in so traurigem Lichte erscheinen lässt als vielen anderen seiner Schicksalsgenossen, und in denen die fast unüberwindliche Schwierigkeit, sich einen Lebensunterhalt zu verdienen, durch glückliche äussere Verhältnisse ausgeschlossen ist. — Ich kann mir ferner individuelle Fälle vorstellen, in denen es dem Patienten trotz aller traurigen Aussichten in die Zukunft seiner Familie oder anderer persönlicher Verhältnisse willen wünschenswert ist, allen Gefahren der Operation, der Recidive, der traurigen weiteren Existenz zum Trotze, die einzige Aussicht eines längeren Lebens nicht unbenutzt vorbeigehen zu lassen. Und ich gehe ganz sicher nicht so weit wie Tauber, welcher der Operation selbst die Existenzberechtigung abspricht, aber — begeistern für sie kann ich mich nicht!

Ich bin daher auch ganz und gar nicht Sendziak's Ansicht, dass es die „Pflicht" des Arztes sei, dem Kranken entschieden zuzuraten, sondern stimme durchaus Hansberg bei, der die Sachlage folgendermassen (l. c. p. 179) präzisiert: „Ist eine Totalexstirpation nicht mehr zu umgehen, so kann man M. Schmidt gewiss beipflichten, wenn er dem Kranken nicht unbedingt zuredet, sondern demselben die Entscheidung selbst überlässt, nachdem er über seinen Zustand aufgeklärt worden ist." „Jeder Fall wird eben nach dem Naturell und den sonstigen äusseren Umständen anders beurteilt werden müssen; der eine Kranke

denkt: lieber sterben, wie einem Leben voll Schmerzen entgegen gehen; ein Anderer sieht die Operation wie eine erlaubte Art von Selbstmord an; der dritte will lieber oder muss manchmal Alles erdulden um nur länger zu leben."

Das ist vollständig mein eigener Standpunkt. — Eines aber möchte ich hier noch nachdrücklichst hinzufügen: es scheint mir ein grosser Fehler, wie dies in manchen neueren Arbeiten geschieht, das Verhältnis der einzelnen äusseren Radikaloperationen zu einander einfach so darzustellen, als ob die Thyreotomie gewissermassen der Positiv, die Resektion oder partielle Exstirpation des Kehlkopfs der Komparativ, und die totale Kehlkopfexstirpation der Superlativ der hier in Frage kommenden Massregeln sei! — In gewissem Sinne ist das ja richtig, denn sofern die Operation selbst betroffen ist, stellen die verschiedenen Massregeln nur gradweise Abstufungen des Eingriffs dar. Was aber die spätere Existenz der Kranken anbetrifft, so sind die Verhältnisse m. E. absolut nicht mit einander zu vergleichen: nach der Thyreotomie resp. Resektion des Kehlknopfs eine Existenz, die den Kranken befähigt, sein Leben, abgesehen von einiger Verringerung seiner Stimmmittel, so zu geniessen, wie es der Fall war, ehe er von der tückischen Krankheit ergriffen wurde; nach der totalen Kehlkopfexstirpation eine im besten Falle wenig beneidenswerte, in der grössten Mehrzahl der Fälle geradezu jammervolle Existenz!

Diese Verhältnisse uns Laryngologen in Fleisch und Blut übergehen zu lassen, die praktischen Aerzte, das Publikum hiervon zu überzeugen, scheint mir eine der schönsten, eine der wichtigsten gegenwärtigen Aufgaben der Laryngologie.

Ich stehe damit am Ende meiner Aufgabe. Gelingt es der vorstehenden Arbeit dazu beizutragen, dass der gegenwärtig noch verbreitete Pessimismus hinsichtlich der Aussichten der äusseren Radikaloperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen in eine hoffnungsfreudigere Stimmung verwandelt wird, so ist ihr Zweck völlig erreicht. Für mich steht es nach meinen eigenen Erfahrungen vollständig fest, dass die Aussichten des Kranken bei frühzeitiger Erkennung und frühzeitiger äusserer Operation eines inneren Kehlkopfkrebses mindestens ebenso gute, vielleicht bessere sind als die bei bösartigen Neubildungen in irgend welchen anderen Teilen des Körpers! — Möge diese tröstliche Ueberzeugung bald Allgemeingut werden!

V.

Einige Punkte in der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Vortrag zur Einleitung einer Diskussion in der Medical Society of London am 29. Januar 1907[1]).

Herr Präsident und meine Herren!

Als im Jahre 1881 bei Gelegenheit des Londoner Internationalen Medizinischen Kongresses in der Subsektion für Laryngologie eine Diskussion über den Kehlkopfkrebs stattfand[2]), schienen die Aussichten bezüglich der Behandlung dieses furchtbaren Leidens völlig trostlos. Intralaryngeale Operationen waren wegen ihrer Erfolglosigkeit allgemein aufgegeben worden; dasselbe Schicksal hatte die Thyreotomie nach dem Anathema ereilt, welches drei Jahre vorher über diese Operation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen von Prof. Paul von Bruns[3]) ausgesprochen worden war; und die Ergebnisse der damals erst kürzlich eingeführten partiellen und totalen Kehlkopfexstirpation waren soweit nichts weniger als ermutigend gewesen.

Heute, fast genau ein Vierteljahrhundert nach jener Diskussion, bin ich glücklicherweise in der Lage, ein wesentlich verschiedenes Bild vor Ihnen entrollen zu können.

Wenn wir, im Einklang mit dem jetzt allgemein üblichen Sprachgebrauch, alle Fälle von Kehlkopfkrebs in zwei grosse Gruppen einteilen — die äusseren („extrinsic“), welche diejenigen Fälle einbegreifen, in denen die Krankheit von der Epiglottis, den arytaeno-epiglottischen Falten oder der oesophagealen Wand des Kehlkopfs ausgeht, und die inneren („intrinsic“), welche die in der eigentlichen Kehlkopfhöhle entspringenden Krebse einbegreifen —, so werde ich zeigen können, dass heutzutage die letztgenannte Kategorie, wenn nur frühzeitig genug diagnostiziert und gründlich operiert, bessere Aussichten für Genesung und Ausbleiben von Recidiven gibt als der Krebs in fast irgendeiner

1) Ursprünglich veröffentlicht unter dem Titel: „Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.“ British Medical Journal, 2. Februar 1907.

2) Indications for the complete or partial exstirpation of the larynx. Transactions of the Internat. med. Congress. 1881. Vol. III. pp. 251—269.

3) Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen. Berlin 1878. August Hirschwald.

anderen Region des Körpers, während die äussere Varietät, obwohl von der inneren weit verschieden mit bezug auf Ausdehnung der Operation, Mortalität infolge des chirurgischen Eingriffs selbst, Aussichten auf Recidive und Annehmlichkeit des späteren Lebens —, doch bedeutende Fortschritte im Vergleich zu den vor 25 Jahren erzielten Resultaten aufzuweisen hat.

In einem Vortrag, der nur als Einleitung zu einer Diskussion dienen soll, ist es selbstverständlich unmöglich, einen Ueberblick über das ganze grosse Gebiet des Kehlkopfkrebses zu geben und den Arbeiten aller derer, die dazu beigetragen haben, unsere Kenntnisse über den Gegenstand zu bereichern, volle Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Als meine heutige Aufgabe betrachte ich es nur, sozusagen die Bilanz des gegenwärtigen Standes der Frage zu ziehen und auf einige Punkte in der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses näher einzugehen, über welche bisher noch keine Einigkeit erzielt worden ist[1]).

Gestatten Sie mir daher, kurz zu wiederholen, was ich bereits im Jahre 1897[2]) behauptet habe, und was kürzlich von Professor Paul von Bruns[3]) anerkannt worden ist, nämlich, dass die Verbesserung unseres Wissens und Könnens nicht so sehr dem Fortschritt unserer chirurgischen Technik, so gross und unleugbar derselbe gewesen ist, als vielmehr dem Fortschritt zu danken ist, den wir in der Frühdiagnose der bösartigen Erkrankungen des Kehlkopfs gemacht haben.

Wenn sich jemand die Mühe nehmen will, die dem Kehlkopfkrebs gewidmeten Kapitel in den vor dem Jahre 1888 veröffentlichten Lehrbüchern der Medizin, Chirurgie und Laryngologie nachzuschlagen, so wird er finden, dass die dort gegebene Information über die Symptomatologie und die laryngoskopischen Erscheinungen der Frühstadien des Kehlkopfkrebses äusserst dürftig, häufig ungenau, und in nicht wenigen Fällen offenbar mehr das Resultat theoretischer Konstruktion als wirklicher Beobachtung ist. Als während der Krankheit des damaligen Deutschen Kronprinzen die bedauerliche Lehre aufgestellt wurde, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste eine besondere Neigung besässen, nach intralaryngealen Eingriffen bösartig zu werden, widmete ich in der

---

1) Es sei mir gestattet, diejenigen, welche Information über Fragen wünschen, die im Folgenden kaum oder überhaupt nicht berührt werden dürften, auf folgende meiner bezüglichen Arbeiten zu verweisen, in welchen diese Fragen eingehend erörtert worden sind:

a) Die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige usw. Berlin 1889. August Hirschwald.
b) The results of radical operation for malignant disease of the larynx. Lancet, Dezember 1894.
c) Zur Frage der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen usw. Archiv f. Laryngologie. 1897.
d) The indications of thyrotomy. Lancet 1900.
e) Introductory remarks to a discussion on the operative treatment of malignant disease of the Larynx. Brit. med. Journ. 31. Oktober 1903.
f) An address on cancer of the larynx. 5. November 1904.

2) Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. S. 384.

3) Handbuch der praktischen Chirurgie. Dritte Aufl. 1907. Bd. II. S. 242—244.

Sammelforschung, welche dieser Lehre den Garaus machte[1]), der Beschreibung der frühen Zeichen des Kehlkopfkrebses ein besonderes Kapitel. Ich brauche diese Zeichen umsoweniger bei dieser Gelegenheit von neuem aufzuzählen, als sie nach einer anfänglichen Periode von Anzweiflung und Skepticismus gegenwärtig allseitig als richtig und zuverlässig anerkannt sind und ihren Weg in so gut wie alle modernen Lehrbücher gefunden haben. Nur eines, das wichtigste von allen, hat, wie ich aus Erfahrung weiss, zu einem ebenso sonderbaren wie verhängnisvollen Missverständnis Veranlassung gegeben, welches bei einer Gelegenheit, wie der gegenwärtigen, aufgeklärt werden muss.

Unter anderen laryngoskopischen Merkmalen, welche schon zu einer frühen Periode der Existenz einer Neubildung im Kehlkopf die Aufmerksamkeit des Beobachters darauf lenken sollten, dass dieselbe möglicherweise bösartig sei, hatte ich angegeben, dass keines wichtiger sei als mangelhafte Beweglichkeit des erkrankten Stimmbandes.

Diese mangelhafte Beweglichkeit tritt, wie ich ausdrücklich hervorhob, „in manchen Fällen früh, in anderen freilich erst später“ auf. Obwohl diese Beschreibung klar und unzweideutig genug scheint, so haben einige Leser sie sonderbarer Weise dahin missverstanden, dass, falls dieses Zeichen bei einer sonst verdächtigen Neubildung fehle, man die Möglichkeit von Bösartigkeit ausschliessen könne.

Ich brauche kaum zu sagen, dass diese Verdrehung meiner Angabe absolut unzulässig ist.

Man bekommt gegenwärtig viele Fälle von Kehlkopfkrebs in einem sehr frühen Stadium zu sehen, nämlich wenn eine sonst unerklärliche Heiserkeit das einzige hervortretende Symptom bildet. In dieser Periode braucht die Infiltration des Mutterbodens durchaus nicht soweit vorgeschritten zu sein, dass sie Bewegungsstörungen verursacht. Ausserdem ist es in Anbetracht des Umstandes, dass im Kehlkopf ebenso wie in irgendeinem anderen Teile des Körpers manche Krebse lange Zeit hindurch einen mehr oberflächlichen Charakter tragen als andere, und das Gewebe, von dem sie ausgehen, erst zu einer verhältnismässig späten Periode zu infiltrieren beginnen —, selbstverständlich ganz unzulässig, bei einer sonst verdächtigen Neubildung Malignität nur aus dem Grunde auszuschliessen, dass das affizierte Stimmband zur Zeit, als der Fall zur Beobachtung kam, keine Bewegungsstörung aufwies.

Um aber jedes weitere Missverständnis zu verhüten, will ich die Regel folgendermassen formulieren:

„Falls das Stimmband, von dem eine verdächtige Kehlkopfneubildung ausgeht, zu einer frühen Periode des Leidens eine Bewegungsstörung anderer Art als der durch mechanische Einklemmung der Geschwulst in die Glottis bei der Phonation verursachten aufweist, so ist dies Zeichen beinahe pathogno-

1) Internat. Centralblatt f. Laryngol. usw. Band V und VI, 1888, 1889.

monisch für den bösartigen Charakter der Geschwulst. Fehlt dieses Zeichen aber, wenn der Fall zur Beobachtung kommt, so schliesst dieses negative Zeugnis ganz und gar nicht die Möglichkeit der Malignität aus."

Man wird bemerkt haben, dass ich im letzten Satze davon gesprochen habe, dass das Vorhandensein mangelhafter Beweglichkeit unter solchen Umständen „beinahe" pathognomonisch sei. Mit gutem Grunde*) drücke ich mich so vorsichtig aus. Denn es muss bedauerlicherweise zugegeben werden, dass, während man finden wird, dass die von mir im Jahre 1888 angegebenen Zeichen, welche, soviel ich weiss, tatsächlich auch heute noch das letzte Wort hinsichtlich der laryngoskopischen Frühdiagnose bilden, in der weitaus grösseren Majorität der Fälle, ausreichen, zu einer frühen Zeit die korrekte Diagnose auf Kehlkopfkrebs zu stellen, sie durchaus nicht beanspruchen können, dies ausnahmslos zu tun.

Tatsächlich ist Mr. Butlin's vor fast 12 Jahren veröffentlichter Aphorismus[1]):

> „Es gibt drei Klassen von Fällen: die erste, in der Jedermann die Diagnose stellen kann; die zweite, in der die besser Unterrichteten und Erfahreneren sie stellen und andere nicht; und die dritte, in der die Verhältnisse so dunkel sind, dass Niemand die Diagnose stellen kann, ohne den Kehlkopf zu eröffnen, und dass es bei manchen von ihnen selbst dann noch schwierig ist, die Natur des Leidens mit Sicherheit festzustellen," —

heute noch eben so wahr als an dem Tage, an welchem er zuerst ausgesprochen wurde. — Es sind nicht nur gutartige Geschwülste, tuberkulöse und syphilitische Tumoren und Geschwüre, und Perichondritis aus verschiedenen Veranlassungen, deren Differentialdiagnose vom Kehlkopfkrebs bisweilen äusserst schwierig oder makroskopisch fast unmöglich ist, sondern es gibt gewisse unheimliche, ganz fernliegende und in keinem Lehrbuch beschriebene Zustände, welche ein Carcinom oder ein Sarkom vortäuschen können, und von denen man wirklich nicht erwarten kann, dass sie in den Gedankenkreis des Beobachters kommen. So habe ich einen Fall beschrieben, in dem ein kugelförmiges Blutgerinnsel eine Geschwulst, die sich schliesslich als ein Epitheliom entpuppte, vollständig einschloss; in einem anderen mit Mr. Butlin gesehenen Falle fand sich, dass die Geschwulst statt des vermuteten Entithelioms ein Leukom war, und in einem dritten mit demselben erfahrenen Beobachter gesehenen Falle ahmte ein Bluterguss in ein Stimmband täuschend die Erscheinungen einer bösartigen Neubildung nach. In einem vor der Londoner Laryngologischen Gesellschaft vorgestellten Falle[2]) verschwand nicht nur die

*) Vgl. hierzu den Fall V der weiterhin folgenden Arbeit über die Diagnose des Kehlkopfkrebses, in welchem eine tuberkulöse Infiltration des linken Stimmbandes bei einem 70jährigen Greise, die irrtümlicherweise für ein Carcinom gehalten wurde, ebenfalls Bewegungsstörung des affizierten Stimmbandes auslöste!

1) British med. Journal. 26. Oktober 1895. p. 1034.

2) Proceedings of the Laryngol. Soc. of London. Dezember 1899. p. 15.

Geschwulst im Kehlkopf, sondern auch die allgemeine Infiltration der Lymphdrüsen des Halses, welche von vier erfahrenen Beobachtern als bösartig betrachtet worden war, spontan nach einer einfachen Tracheotomie. — In einem weiteren Falle, den ich wiederholt vor der Londoner Laryngologischen Gesellschaft demonstriert habe[1]), verschwand eine obskure chronische Ulceration, welche fast das ganze linke Stimmband eines 60jährigen Herrn betraf, die für entweder tuberkulös oder bösartig gehalten worden war, und hinsichtlich deren Natur die in der Gesellschaft ausgedrückten Meinungen weit auseinandergingen, schliesslich spontan nach fast zweijähriger Existenz; und heute habe ich wiederum einen Fall von völlig obskurer Tumefaktion des Kehlkopfs — den zweiten der Art in meiner Erfahrung — zu Ihrer Kenntnis zu bringen, bei dem ich kürzlich die Thyreotomie vornahm, und der, wie ich bedaure, mitteilen zu müssen, am Tage nach der Operation infolge von Lungenödem tödlich endigte.

Das makroskopische Aussehen der Geschwulst, die sich wegen ihrer glatten Oberfläche nicht zur Entfernung eines Fragments zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung eignete, liess weder bei der laryngoskopischen Untersuchung noch selbst nach Eröffnung des Kehlkopfes den geringsten Zweifel bei den während der Radikaloperation anwesenden Aerzten, Dr. Watson Williams, Mr. Stabb, Mr. Tyrrell, bei einem ärztlichen Freunde des Patienten und bei mir selbst aufkommen, dass es sich um eine bösartige Neubildung handle, zumal, da die linke Kehlkopfhälfte fast vollständig fixiert war. Man kann sich daher mein Erstaunen vorstellen, als ich von Mr. Shattock, dem das Specimen zugestellt worden war, den Bericht empfing, dass kein Carcinom oder sonstige Form bösartiger Neubildung, sondern nur eine kleinzellige Infiltration der Schleimhaut vorläge, die sich nirgendwo in das Muskelgewebe oder selbst nur in die Drüsen fortsetze, welche in einer Partie der Schwellung sehr zahlreich waren. Die Drüsen waren vielmehr in allen drei übersandten Stücken ebenso normal wie das Gewebe, in dem sie lagen, und das Muskelgewebe gleichfalls. An einigen wenigen Stellen war eine papilläre Wucherung an der Oberfläche vorhanden, nirgendswo aber ein Anzeichen für einen bösartigen Prozess. Tuberkulose konnte ebenfalls ausgeschlossen werden. Hier und da fanden sich innerhalb des entzündlichen Schleimhautgewebes kleine nekrotische Herde. Mr. Shattock nahm daher an, dass der ganze Krankheitsprozess eine chronische, mit Schwellung und etwas papillärer Wucherung einhergehende Entzündung darstelle, die durch einen infektiösen Prozess keiner besonderen spezifischen Art veranlasst sei.

Auf meine Bemerkung, dass diese Beschreibung meiner bescheidenen Meinung nach weder die klinischen Erscheinungen noch den Verlauf der Krankheit befriedigend erkläre, indem ein deutlicher Tumor mit buckliger, an verschiedenen Stellen leicht ulcerierter Oberfläche vorgelegen habe, der ins Kehlkopfinnere vorgesprungen sei, und nicht nur vollständige Aphonie, sondern auch in die Ohren ausstrahlende Schmerzen erzeugt habe, stellte Mr. Shattock die Hypothese auf, dass die Geschwulst ursprünglich ein einfaches Papillom dargestellt haben möge, welches eine ungewöhnliche Entwicklung durchgemacht habe; dass dasselbe, ohne bösartig zu degenerieren, der Sitz eines infektiösen Prozesses geworden sei; dass letzterer wiederum von Ulceration und Schwellung gefolgt worden sei, und dass diese die klinischen Zeichen eines bösartigen Tumors vorgetäuscht und zur Fixierung der Teile geführt habe.

---

1) Proceedings of the Laryngol. So. of London. Dezember 1903. p. 51 und 3. Juni 1904. p. 187.

Ich kann natürlich nicht bestreiten, dass diese Hypothese nicht den wirklichen Ereignissen in diesem Falle entsprechen möge, muss aber bei unserer vollständigen Unkenntnis von der Existenz solcher Prozesse, wie sie von ihm in diesem und in meinem früheren Falle suggeriert worden sind, offen bekennen, dass mich diese Erklärung nicht sehr befriedigt, und es wird mich sehr interessieren, zu hören, ob einer der Anwesenden nach Inspektion der unter dem Mikroskop ausgestellten Präparate mehr Licht auf die Frage werfen kann*).

Fälle, wie die sieben letzterwähnten, eröffnen natürlich von neuem die schwierige und immer wieder auftauchende Frage nach dem Werte der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente der verdächtigen Geschwulst vor der Vornahme der Radikaloperation. Die ältere Generation wird sich erinnern, mit welcher leidenschaftlichen Heftigkeit diese Frage vor etwa 20 Jahren bei Gelegenheit der tödlichen Krankheit des verstorbenen Deutschen Kaisers diskutiert wurde. Die damals geäusserten Ansichten gingen diametral auseinander. Nach der Meinung der einen waren klinische und makroskopische Zeichen nichts im Vergleich zu der Offenbarung, die durch die mikroskopische Untersuchung eines Sachverständigen geliefert würde. Die anderen blickten mit kaum verhehlter Verachtung auf die vom Mikroskop zu erwartende Hilfe und behaupteten, dass es nur in Ausnahmefällen Dienste leiste.

Als der traurige Fall vorüber war, versuchte ich, die richtige Mitte zwischen diesen widerstreitenden Ansichten zu treffen und resümierte die Ergebnisse der gesammelten Erfahrung der damals hervorragendsten Laryngologen der Welt in der Aufstellung folgender Grundsätze[1]):

„Die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente ist eine wertvolle, aber nicht unfehlbare Hilfsmethode der klinischen Diagnose. Sie sollte in allen Fällen vorgenommen werden, in denen sie möglich ist. Dies ist durchaus nicht immer der Fall, da z. B. in Fällen submucösen, infiltrierenden Carcinoms eine intralaryngeale Entfernung von Fragmenten nicht vorgenommen werden kann. Ist eine solche Entfernung überhaupt statthaft, so vergesse man nie: 1. dass die Untersuchung nicht notwendigerweise für irgendeine Geschwulstform überhaupt charakteristische Ergebnisse liefern muss; 2. dass, selbst wenn die Untersuchung anscheinend charakteristische Resultate liefert, die Möglichkeit einer Mischgeschwulst im Auge behalten werden muss. Dies gilt besonders in solchen Fällen, in welchen die Neubildung klinisch verdächtig ist, und das Mikroskop anscheinend Beweise für ihre Gutartigkeit liefert. Aber auch das Umgekehrte ist möglich, wie es der Schmiegelow'sche Fall lehrt. Es wird sich daher stets empfehlen, die mikroskopische Untersuchung, wenn irgend möglich, in diesen Fällen von einem erfahrenen pathologischen Anatomen vornehmen zu lassen. Derselbe kann aber nur eine Meinung über das ihm unterbreitete Fragment und nicht über die Krank-

*) Diese Hoffnung ging nicht in Erfüllung. Mr. Shattock verteidigte in der Diskussion seine Auffassung. Von anderen Seiten wurde keine Meinung abgegeben. Vgl. Brit. med. Journ. Vol. I. 1907. p. 241.

1) Internationales Centralblatt f. Laryngologie usw. Vol. V. 1889. pp. 318—319.

heit selbst geben, an welcher der Patient leidet, ausser wenn er in diesem Fragment positive Anzeichen einer bösartigen Neubildung entdeckt. Die Untersuchung darf sich nicht auf die Betrachtung eines einzelnen Schnittes beschränken, sondern muss das ganze, in feine Schnitte zerlegte Fragment in ihr Bereich ziehen, falls sich nicht schon vorher die Diagnose der Malignität mit Sicherheit stellen lässt. Erforderlichenfalls ist die vorsichtige intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung von Fragmenten zweifelhafter Geschwülste mehrere Male zu wiederholen, ausser wenn in der Zwischenzeit klinische Symptome, welche sich nicht mit unseren gegenwärtigen Kenntnissen von der Symptomatologie gutartiger Geshwülste vereinbaren lassen, den bösartigen Charakter der zweifelhaften Neubildung mit Sicherheit feststellen. In solchen Fällen ist eine anderweitig indizierte Radikaloperation nicht bis zur Bestätigung der Diagnose durch das Mikroskop zu vertagen."

Diese Formulierung fand, wie ich sagen zu dürfen glaube, allseitig günstige Aufnahme, und die in ihr ausgesprochenen Grundsätze werden meines Wissens bis zu diesem Augenblicke von den meisten derjenigen befolgt, deren Tätigkeit sie in Berührung mit dem Krebs des Kehlkopfs bringt. Aber sie sind nicht unwidersprochen geblieben. Vor einigen Jahren bekämpfte Dr. John N. Mackenzie (Baltimore) auf das Heftigste die intralaryngeale Entfernung von Fragmenten verdächtiger Kehlkopfneubildungen zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung[1]). Seiner Ansicht nach „exponiert eine solche Entfernung den Patienten gleichzeitig der Gefahr der Autoinfektion an der Stelle des Eingriffs, und der Metastase an anderen Orten; sie stimuliert das lokale Wachstum des Krebses, und die Methode ist oft nicht überzeugend, bisweilen irreführend und praktisch unmöglich."

Ich habe Dr. Mackenzies Behauptungen vor einigen Jahren ausführlich beantwortet[2]) und wie ich glaube widerlegt, und würde auf diese Frage bei der gegenwärtigen Gelegenheit nicht zurückgekommen sein, wenn nicht Dr. Chevalier Jackson[3]) in dem vorzüglichen Vortrag, den er bei der letztjährigen Versammlung der British Medical Association zu Toronto hielt, eine überraschende Angabe über diesen Punkt gemacht hätte. Er sagt nämlich:

„In zwanzig von mir operierten Fällen bösartiger Kehlkopfneubildungen ergab die präliminäre mikroskopische Untersuchung entfernter Fragmente vierzehnmal negative Resultate. Selbstverständlich war das nicht auf Irrtümer des Pathologen, sondern auf die ungenügende Beschaffenheit der übersandten Stücke zurückzuführen. In allen diesen vierzehn Fällen wurde, trotz des negativen Berichts des Mikroskopikers, auf Grund des Alters der Patienten, der laryngoskopischen Erscheinungen, und der Erfolglosigkeit einer dreiwöchentlichen Behandlung mit Quecksilbereinreibungen und 6,0 Jodkalium innerlich, die Radikaloperation angeraten."

1) Transactions of the American Laryngol. Association. 1900 u. 1902.
2) Lancet 5. November 1904.
3) British Medical Journal 24. November 1906, p. 1483.

Ich gestehe, dass mich diese Angabe in das grösste Erstaunen versetzt. Nach meiner eigenen Erfahrung zu schliessen, ist Dr. Jackson sicherlich ganz ausnahmsweise unglücklich gewesen. Wenn ich in meiner eigenen Praxis den Bericht des Mikroskopikers, gleichgültig aus welchen Gründen, selbst nur annähernd im Verhältnis von 14 : 20 als unrichtig erfunden hätte, so stehe ich keinen Augenblick an zu bekennen, dass ich mich schon längst Dr. John Mackenzie angeschlossen, und statt die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente als eine wertvolle, obwohl nichts weniger als unfehlbare Methode zu empfehlen, dieselbe als nicht nur unzuverlässig, sondern, was viel wichtiger ist, als direkt irreführend, durchaus verworfen haben würde! —

Aber meine eigene Erfahrung ist eine gänzlich verschiedene gewesen. Während ich von neuem bereitwillig zugebe, dass es in einem grossen Bruchteil der in Rede stehenden Fälle unmöglich ist, ohne die Neubildung ungebührlich zu reizen, ein so grosses Fragment derselben intralaryngeal zu entfernen, dass dasselbe ausreicht, den Mikroskopiker zur Bildung eines zuverlässigen Urteils zu befähigen, und während ich weiterhin zugebe — wie ich das auch in den oben zitierten Regeln getan habe —, dass das entfernte Fragment in einer ganzen Reihe von Fällen keinen für Bösartigkeit charakteristischen Befund liefern mag, kann ich mich aus meiner eigenen Praxis nur eines einzigen Falles erinnern, in dem die mikroskopische Untersuchung ein direkt irreführendes Resultat ergab. Dies war der Fall des verstorbenen Mr. Montagu Williams, den ich ausführlich in den Verhandlungen der Londoner Clinical Society beschrieben habe[1]), und in dem die mikroskopische Untersuchung des zuerst entfernten Fragmentes zu zeigen schien, dass wir es mit einem unschuldigen Papillom zu tun hätten. Aber dieser Irrtum wurde schon fünf Tage später berichtigt, indem die mikroskopische Untersuchung eines zweiten Stücks die Existenz eines Epithelioms völlig sicher stellte.

Andererseits hat die mikroskopische Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragments der Neubildung in vielen meiner Fälle nicht nur die klinische Diagnose voll bestätigt, sondern mich beim Vorschlag einer sofortigen Radikaloperation tatkräftig unterstützt. Ich habe daher keine Veranlassung, von der von mir im Jahre 1888 empfohlenen Haltung abzugehen.

Zwei Punkte verlangen indessen an dieser Stelle eine kurze Erwägung.

Erstens wurde nach zwei tatsächlichen Erfahrungen Dr. David Newman's (Glasgow)[2]) schon vor zweiundzwanzig Jahren die Befürchtung ausgesprochen, dass die exploratorische intralaryngeale Entfernung eines

---

1) A Case of Partial Extirpation of the Larynx etc. Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XX. 1887.

2) One Case of Autoinoculation in Laryngeal Carcinoma and Two Cases illustrating the Danger of Intralaryngeal Interference in Cancer of the Larynx. Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XXII, 1889.

Stückes der Geschwulst den lokalen Prozess beschleunigen und zur Infektion der Halsdrüsen führen möge. Neuerdings hat Dr. John Mackenzie diese Befürchtung in düsteren Farben wieder aufgenommen, und gegenwärtig finde ich, dass auch Dr. Chevalier Jackson seine Ueberzeugung ausdrückt, dass wir unseren Kranken einer Gefahr aussetzen, wenn wir ein Specimen „eine Woche oder mehr" vor der Radikaloperation intralaryngeal entfernen. In Beantwortung dieser Befürchtung möchte ich mir zu bemerken erlauben, dass mit unseren verbesserten mikroskopischen Methoden keine Woche oder mehr zu verfliessen braucht, ehe wir den Ausspruch des Mikroskopikers erhalten, und ferner kann ich, obwohl ich selbst überzeugt bin, dass das Wachstum eines Krebses durch lokale Eingriffe beschleunigt werden mag, mich nach meiner eigenen Erfahrung nicht zu dem Glauben versteigen, dass die paar Tage, die zwischen der intralaryngealen Entfernung und dem Bericht des Pathologen vergehen müssen, mit irgendwelchem Grade von Wahrscheinlichkeit eine bedeutsame Verschlimmerung der lokalen Verhältnisse zur Folge haben dürften. Die Befürchtung lokaler Autoinfektion früher gesunder Abschnitte des Kehlkopfs oder einer Metastase in anderen Teilen ist bisher sicherlich ebensowenig durch praktische Erfahrungen gerechtfertigt.

Wenn ich dies sage, setze ich natürlich erstens voraus, dass die intralaryngeale Entfernung von Fragmenten jederzeit von sachverständigen Händen ausgeführt, und dass ungebührliche Reizung der Geschwulst und unabsichtliche Beschädigung bisher gesunder Teile vermieden wird, und zweitens, dass der von Dr. Newman vor zwanzig Jahren formulierte Grundsatz strikt befolgt wird, nämlich dass die probatorische intralaryngeale Entfernung eines Teiles einer verdächtigen Neubildung nur dann unternommen werden soll, wenn der Patient formell seine Einwilligung zur sofortigen Vornahme einer Radikaloperation gegeben hat, falls das Mikroskop die Bösartigkeit des Tumors erweisen sollte. Die eine wie die andere dieser Vorbedingungen ist von grösster Wichtigkeit!

Der zweite Punkt, über den ich im Zusammenhang mit dieser Frage zu sprechen wünsche, bietet weit grössere praktische Schwierigkeiten als der eben erwähnte.

Angenommen, dass man es mit einer verdächtigen Neubildung zu tun hätte, die entweder nahe der vorderen Kommissur sitzt und auf die andere Kehlkopfhälfte überzugreifen droht, oder welche, was noch schlimmer ist, nahe dem Giessbeckenknorpel in gefährlicher Nähe der hinteren Wand des Kehlkopfes ihren Sitz hat; und weiter angenommen, dass der mikroskopische Befund nach Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragments negativer Natur ist — wie soll man sich nunmehr verhalten? — Im Einklang mit meiner eigenen Lehre dürften, wie ich glaube, heutzutage die meisten Operateure nichtsdestoweniger sofort die Radikaloperation vornehmen, indem sie es für das kleinere von zwei Uebeln ansehen, eine Thyreotomie, die vielleicht nicht erforderlich war, auszuführen, statt zu lange zu warten und infolgedessen ihre Patienten

entweder der Entfernung beider Stimmbänder mit resultierender totaler Stimmlosigkeit für den Rest ihres Lebens auszusetzen (nämlich wenn die verdächtige Geschwulst in der vorderen Kommissur sich schliesslich doch als bösartig herausgestellt und mittlerweile das bis dahin noch gesunde andere Stimmband ergriffen haben sollte); oder, noch schlimmer, den ganzen Kehlkopf entfernen zu müssen (wenn nämlich die Geschwulst, deren Charakter sich schliesslich doch als bösartig erwies, auf die hintere Kehlkopfwand übergegriffen haben sollte).

Gegen ein solches Vorgehen könnte indessen — und nicht ohne jede Berechtigung — eingewendet werden, dass es kaum billig sei, sich des Zeugnisses des Mikroskops zu bedienen, wenn einem dies für seine eigenen Ansichten passte, es aber zu verwerfen, wenn es denselben widerspräche.

Ausserdem würde sich der Operateur, wenn sich die Neubildung schliesslich nach ihrer Entfernung mittelst der Thyreotomie und nach mikroskopischer Untersuchung in toto als gutartig herausstellen sollte, unzweifelhaft der Anklage ausgesetzt haben, dass er nicht nur eine unnötige Operation vorgenommen, sondern dass er dies direkt dem Zeugnisse des Mikroskops entgegen getan habe.

Angenommen, andererseits, dass er eine solche Neubildung auf den alleinigen Grund der laryngoskopischen Untersuchung durch Radikaloperation entfernt und dass die spätere mikroskopische Untersuchung die Gutartigkeit derselben erwiesen hätte, so würde er nicht nur Grund zum ersten Teil der eben erwähnten Anklage gegeben haben, nämlich dass er eine unnötige Operation vorgenommen habe, sondern er könnte und würde aller Wahrscheinlichkeit nach beschuldigt werden, dass er eine wichtige Untersuchungsmethode unterlassen habe, ehe er eine immerhin ernste Operation ausgeführt hätte.

Und nehmen wir endlich an, dass er seine ernsten klinischen Befürchtungen dem negativen Zeugnis der mikroskopischen Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragments untergeordnet und zu lange auf weitere Bestätigung der Diagnose gewartet hätte, so würde er, wenn im weiteren Verlaufe die Geschwulst sich schliesslich doch als bösartig herausstellen sollte, nunmehr aber bereits zu weit vorgeschritten wäre, um noch mit einfacher Thyreotomie behandelt werden zu können, sich sicherlich selbst den Vorwurf zu machen haben, dass er nicht den Mut seiner Meinung gehabt und infolgedessen seinen Patienten der Gefahr einer viel eingreifenderen, verstümmelnden Operation ausgesetzt habe, deren Endergebnisse ausserdem nicht annähernd so befriedigend sind, wie die der Thyreotomie. —

Sie sehen, meine Herren, aus meiner Aufzählung dieser Möglichkeiten, dass, welchen Weg Sie auch einschlagen mögen, mit jedem derselben Nachteile verknüpft sind, und dass, was Sie auch immer tun oder lassen mögen, Sie sich, während Sie mit den besten Absichten von der Welt handeln, schweren Beschuldigungen aussetzen.

Und glauben Sie nur ja nicht, dass die eben geschilderten Eventualitäten rein theoretischer Natur seien und wohl kaum je in das Gebiet praktischer Politik fallen dürften! Zweimal habe ich im Laufe der letzten Jahre ihre unangenehme Realität an mir selbst zu erproben gehabt, und die Ironie des Schicksals hat es so gewollt, dass die mir bei diesen beiden Gelegenheiten gemachten Vorwürfe diametral entgegengesetzter Natur gewesen sind.

Im ersten Falle, welchen ich — soweit er damals existierte — bei der Versammlung der British Medical Association in Swansea mitteilte[1]), wurden mir Vorwürfe gemacht, weil ich in dem festen Glauben, dass der günstige Bericht des Histologen über eine von mir mittels der Thyreotomie entfernten Neubildung auf einem Irrtum beruhe, dem Patienten auf seine Frage nach dem mikroskopischen Befund eine ausweichende Antwort gegeben hatte, um ihm quälende Zweifel zu sparen[2]).

Im zweiten Falle handelte es sich um eine subglottische, anscheinend bösartige, rundliche, glatte Tumefaktion, von der es unmöglich gewesen wäre, intralaryngeal ein für die mikroskopische Untersuchung genügend grosses Stück zu entfernen, ohne schwere lokale Reizung zu erzeugen. Nach der Vornahme der Thyreotomie fand sich, dass die Verdickung durch eine obskure, infektiöse Entzündung produziert worden war. Ich informierte natürlich den Patienten von dieser Tatsache. Das Resultat hiervon ist, wie ich höre, das gewesen, dass ich jetzt beschuldigt werde, eine vollständig unnötige Operation vorgenommen zu haben! —

Während somit in dieser Frage grosse und unleugbare Schwierigkeiten vorliegen, scheint mir der zu befolgende Kurs klar genug:

Angesichts der Tatsache, dass gelegentlich diagnostische Irrtümer auch von denjenigen begangen werden, welche die grösste Erfahrung in diesen Dingen besitzen, und das noch dazu bisweilen in Fällen, welche anscheinend gar keine besonderen diagnostischen Schwierigkeiten darboten, halte ich es für unsere offenbare Pflicht, niemals die Anwendung irgend einer Methode, falls dieselbe ausführbar ist, zu unterlassen,

---

1) Introductory Remarks to a Discussion on the Operation Treatment of Malignant Disease of the Larynx. Brit. Med. Journal. 31 October 1903.

2) Die weitere Geschichte dieses Falles ist ebenso sonderbar wie sein Anfang. Nachdem der Patient mich verlassen hatte, konsultierte er Dr. Greville Mac Donald, der mir freundlich mitgeteilt hat, dass er zunächst mittels der Kehlkopfzange grosse Quantitäten der recidivierenden Geschwulst entfernte. Dieselbe wurde nunmehr von Mr. Shattock, der die ursprüngliche Neubildung für ein einfaches Papillom angesehen hatte, als ein Papillom bezeichnet, in dem eine carcinomatöse Umwandlung begonnen habe. Mr. Watson Cheyne, dem die Präparate ebenfalls vorgelegt wurden, hielt indessen die Diagnose auf Carcinom für unerwiesen. Hiernach verweigerte der Patient eine Zeitlang, sich irgend welcher weiteren Behandlung zu unterziehen. Schliesslich hatte Mr. Cheyne die Tracheotomie in grösster Eile vorzunehmen, weil die Neubildung nahezu den ganzen Kehlkopf ausfüllte und den Kranken zu ersticken drohte. Diese Tracheotomie wurde von einer weiteren Thyreotomie gefolgt, welche Mr. Cheyne im vergangenen März vornahm. Weder makroskopisch noch mikroskopisch wurde ein Anzeichen von Bösartigkeit gefunden. Seither scheint kein Recidiv eingetreten zu sein. (Soviel ich habe in Erfahrung bringen können, auch bis heute — 1911 — nicht.)

welche dazu helfen könnte, die Diagnose zu sichern. Solch eine Methode ist unzweifelhaft die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, vorausgesetzt, dass man nicht an sie mit übertriebenen Ideen ihrer Unfehlbarkeit herantritt. Da die intralaryngeale Entfernung Zufälligkeiten ausgesetzt ist und da Neubildungen durchaus nicht immer gleichförmig in ihrer Struktur sind, mag das Ergebnis der Untersuchung unbeweisend und bisweilen sogar direkt irreführend sein. Ausserdem darf nicht übersehen werden, dass die Deutung der in einem mikroskopischen Präparat gesehenen Dinge schliesslich eine Frage individueller Beurteilung und in nicht wenigen Fällen denselben Irrtümern ausgesetzt ist wie die klinische Untersuchung! — Als Beweis hierfür brauche ich Sie nur an die durchaus nicht seltenen Fälle zu erinnern, in denen die Ansichten verschiedener Mikroskopiker über ein und dasselbe ihnen unterbreitete Präparat diametral von einander verschieden sind. — Der Patient sollte daher in allen Fällen eine kurze und völlig verständliche Darlegung der Verhältnisse erhalten, und es sollte ihm ganz klar gemacht werden, dass das Zeugnis des Mikroskops nur dann unbedingt verlässlich sei, wenn der Beweis für das Vorliegen eines unzweideutigen bösartigen Typus (wie ihn z. B. das Epitheliom darstellt) gefunden wird; dass aber, wenn der mikroskopische Befund negativ sei, dies durchaus nicht die klinischen Befürchtungen abtäte, die in seinem Falle vorlägen. Ausserdem sollte es, wie schon erwähnt, zu einer conditio sine qua non für die Probeexcision gemacht werden, dass der Patient für den Fall, dass das Mikroskop die klinischen Befürchtungen bestätigte, seine Einwilligung zur sofortigen Vornahme einer Radikaloperation gäbe.

Ein solches Vorgehen in denjenigen Fällen, in welchen die Probeexcision eines Fragmentes ohne ungebührliche Reizung der Neubildung überhaupt möglich ist — und dies ist, wie ich wiederholt hervorheben möchte, in einem beträchtlichen Bruchteil der zur Beobachtung kommenden Neubildungen nicht der Fall —, beruhigt ebenso das Gewissen des Operateurs, wie es ihn gegen spätere ungerechte Vorwürfe hinsichtlich seines Vorgehens schützt. Meiner eigenen Erfahrung nach erklären sich in nicht wenigen Fällen nach einer solchen Auseinandersetzung die Kranken, besonders wenn noch eine zweite unabhängige Meinung eingeholt ist und mit der des ersten Beobachters übereinstimmt — mit dem klinischen Zeugnis für befriedigt. Jedenfalls wird der Operateur nicht beschuldigt werden können, die Anwendung einer wertvollen diagnostischen Methode, deren er sich hätte bedienen sollen, unterlassen zu haben.

Dies ist meine gegenwärtige Haltung in dieser wirklich wichtigen Frage und ich sehe mit grossem Interesse den Meinungen entgegen, welche in der Diskussion, die diesem Vortrage folgen soll, ohne Zweifel über dieselbe geäussert werden dürften.*)

---

*) In der Diskussion erklärte sich Mr. Butlin mit den vorstehenden Ausführungen vollständig einverstanden (vgl. Brit. Med. Journal 1907. I p. 241) und Mr. Shattock, der die Gefahr einer lokalen Inokulation für vorliegend erachtet, wenn

Mit dieser Hoffnung verlasse ich die Frage der Diagnose und komme nunmehr zu der Therapie.

Während der letzten Jahre sind Versuche gemacht worden, den Kehlkopfkrebs mittelst anderer als chirurgischer Eingriffe zu bekämpfen und Methoden, die unter einander so verschieden sind, wie Injektionen eines Präparats des Bacillus neoformans (Doyen), die Röntgenstrahlen und Trypsininjektionen sind zu diesem Zwecke herangezogen worden.

Die Injektionen von Doyen's Serum, welche Dr. Scanes Spicer[1]) kürzlich in mehreren Fällen von Krebs des Mundes, Rachens und Kehlkopfs angewendet hat, scheinen nach der Meinung dieses Beobachters die Symptome günstig zu beeinflussen, und bisweilen den Fortschritt des Leidens zu verzögern, ohne aber eine Heilung zu erzielen, während sie sich in anderen Fällen ganz einflusslos zeigten. — Scheppegrell[2]) gibt an, dass in einem von ihm selbst mittelst Röntgenstrahlen behandelten Fall von Kehlkopfkrebs Heilung erzielt wurde. Es ist aber in diesem Falle nicht angegeben, ob eine histologische Untersuchung der Neubildung gemacht worden war, und es ist daher unmöglich zu sagen, ob die Neubildung wirklich krebsigen Charakters gewesen ist. — Eine vereinzelte Heilung wird für einen von Clarence Rice[3]) mittelst Trypsininjektionen behandelten Fall in Anspruch genommen, obwohl der Autor im Untertitel seiner Mitteilung vorsichtig genug ist, sich dahin auszudrücken, dass der so behandelte Fall für ein Carcinom „gehalten“ wurde.

Im Interesse unserer Patienten scheint es hier an der Zeit, die Hoffnung auszusprechen, dass das weitere Studium der angeblichen Wirkung von Trypsin auf den krebsigen Prozess in den Händen des ärztlichen Standes bleiben möge, statt dass so zweifelhafte Fälle sensationell als „durch Trypsin geheilter Kehlkopfkrebs“ ausgebeutet werden! Dies ist mit Clarence Rice's Fall tatsächlich geschehen*).

Wir alle werden jede Methode, mittelst welcher die Krebsseuche anders als durch chirurgische Eingriffe erfolgreich behandelt werden kann, auf das herzlichste begrüssen; bisher aber ist das Millennium noch nicht eingetreten, und es kann nicht dem leisesten Zweifel unterliegen, dass gegenwärtig unsere einzige Hoffnung, die Krankheit in einem gegebenen Falle zu heilen, darin besteht, dass die Neubildung, solange sie noch vollständig lokal ist, durch einen chirurgischen Eingriff gründlich ausgerottet wird! —

---

bei der intralaryngealen Probeexcision die Kehlkopfzange das gesunde Gewebe verletzen sollte, hält diese Gefahr für bedeutungslos, wenn die radikale Operation schnell der Probeexcision folgt.

1) Proceedings of the Laryngological Society of London. Dez. 1906, und Jan. 1907.

2) A Case of Cancer of the Larynx cured by Xrays. New York Med. Journ. 6. Dec. 1902.

3) Treatment of Cancer of the Larynx by Subcutaneous Injektions of Paucreatic Extract (Trypsin); et Case of Growth supposed to be Carcinoma; Cure. New York Med. Record. 24. Nov. 1906.

*) in englischen politischen Blättern.

Von den Operationen, welche zu diesem Zwecke in Betracht kommen, beabsichtige ich nur auf die Thyreotomie und die Totalexstirpation des Kehlkopfs näher einzugehen, während die intralaryngeale Methode, die Pharyngotomia subhyoidea, und die partielle Exstirpation bei dieser Gelegenheit mit wenig Worten abgetan werden sollen.

Was die intralaryngeale Methode anbetrifft, ziehe ich es vor, statt die Gründe zu wiederholen, welche ich bei vielen Gelegenheiten gegen dieselbe vorgebracht habe, ihnen einfach zu zitieren, was ein Mann, der als allgemeiner Chirurg und als Laryngologe gleich ausgezeichnet ist, Prof. Paul von Bruns (Tübingen), kürzlich über diesen Punkt geäussert hat. Er sagt wörtlich:[1])

„Die endolaryngeale Operation wird von manchen Laryngologen (Fränkel, Jurasz, Bresgen, Krieg) als der für Leben und Stimme ungefährlichste Eingriff für günstige Fälle von kleinen, an zugänglichen Stellen sitzenden Carcinomen empfohlen. Baginsky lässt sogar neuestens nur „für die grössere Mehrzahl der Kehlkopfkrebse“ die extralaryngeale Operation in Anwendung kommen. B. Fränkel hat aus eigener und fremder Praxis eine Anzahl Fälle zusammengebracht, in denen nach der laryngoskopischen Operation die Heilung mindestens das für Carcinome gültige Triennium angehalten hat. Es ist hierdurch allerdings die Möglichkeit der Heilung auf endolaryngealem Wege erwiesen, aber sie ist eine äusserst seltene Ausnahme, welche ein Zusammentreffen zahlreicher günstiger Umstände voraussetzt; denn die grosse Zahl erfolgloser Versuche findet sich natürlich nirgends verzeichnet. Durch solche Versuche kann aber das raschere Wachstum der Neubildung befördert, der günstige Zeitpunkt für die äussere Operation verpasst und ihre Aussichten wesentlich verschlechtert werden. Von diesem Standpunkte aus, den auch anerkannte Laryngologen, wie Schrötter, O. Chiari, Moure und Semon teilen, halte ich die Anwendung des endolaryngealen Verfahrens beim Kehlkopfkrebs für unzureichend und verwerflich, da es dem Kranken in der Regel nur Schaden bringt. Ich habe hierfür traurige Beispiele gesehen. Kocher erklärt die endolaryngealen Operationsversuche bei verdächtigen Kehlkopftumoren geradezu für Kunstfehler.“

Mit dieser Meinung bin ich durchaus einverstanden.

Die nächste Operation, die wir zu betrachten haben, ist die Thyreotomie, von der man wahrheitsgetreu sagen kann, dass nicht nur Menschen und Bücher, sondern auch Operationen ihre Schicksale haben! — Zuerst in ungeeigneten, weil viel zu weit vorgeschrittenen, Fällen angewandt; dann, als eine natürliche Folge, verworfen und allgemein verdammt; dann für eine Reihe von Jahren in Vergessenheit geraten; dann durch Mr. Butlin's Weitsichtigkeit und Mut ins Leben zurückgerufen; dann bei uns in England schnell die Oberhand gewinnend und mit Recht als die Operation „par excellence“ für frühzeitige Fälle von innerem Kehlkopfkrebs angesehen, während sie, mit wenigen Ausnahmen, noch immer in anderen Ländern von Chirurgen und Spezialisten mit Misstrauen angesehen wurde; und erst in allerletzter Zeit langsam ihre richtige Stellung auf dem europäischen Kontinent und in den Vereinigten Staaten ge-

1) Handbuch der praktischen Chirurgie. 3. Auflage. 1907. Band II, S. 244.

winnend — das ist in den kürzesten Zügen die Geschichte der Thyreotomie während des letzten Vierteljahrhunderts gewesen. Auch gegenwärtig noch entfernt, wie ich zu meinem Bedauern einem im letzten Frühjahr bei der süddeutschen Laryngologenversammlung in Heidelberg gehaltenen Vortrage entnehme, eine Anzahl deutscher Chirurgen den ganzen Kehlkopf selbst bei nur halbseitigem Kehlkopfkrebs „um dauernde Heilung zu erzielen", und verwirft die Thyreotomie bei krebsigen Neubildungen als einen „unzureichenden Eingriff".

Es ist eine undankbare, oder vielmehr unmögliche Aufgabe, Leute zu überzeugen, welche sich nicht überzeugen lassen wollen, und man muss sich bezüglich solcher mit dem Gedanken trösten, dass die Wahrheit schliesslich doch über ihre theoretischen Bedenken siegen wird. Diejenigen aber, welche an diese wie an andere Fragen ohne Vorurteil herantreten, werden, wie ich mit Bestimmtheit hoffe, von der Leistungsfähigkeit und der ausreichenden Natur der Thyreotomie durch folgende, aus meiner eigenen Erfahrung gewonnenen Tatsachen überzeugt werden:

Vom 10. Oktober 1878 bis zum 31. Dezember 1906 habe ich in meiner Privatpraxis 212 Fälle bösartiger Kehlkopfneubildungen gesehen. Von diesen waren 136 auf das Innere des Kehlkopfs beschränkt, und 76 waren äussere oder gemischte Geschwülste. Nicht weniger als 177 betrafen Männer und nur 35 Frauen. Bei letzteren wiederum befand sich nur in 12 Fällen die Neubildung im Kehlkopfinnern, während sie in 23 Fällen aussen sass, und in 18 von diesen die Rachenseite des Ringknorpels einnahm.

Ich habe schon in Jahre 1894 die Aufmerksamkeit auf diese äusserst auffallenden Proportionen gelenkt, welche sich bei meinen späteren Erfahrungen nicht geändert haben, und brauche von dem damals Gesagten nichts zu wiederholen, als dass die grosse Verschiedenheit in der Häufigkeit des Kehlkopfkrebses bei beiden Geschlechtern und seine Lokalisation bei Frauen sicherlich die ernste Aufmerksamkeit aller derjenigen verdienen, die sich mit dem Studium der Aetiologie des Krebses befassen.

Abgesehen von den eben erwähnten nackten Tatsachen bedaure ich, dass meine Erfahrung zur Lösung dieser Mysterien nichts beiträgt. Weder Syphilis noch Alkohol- oder Tabakmissbrauch, noch erbliche Anlage, noch übermässiger Stimmgebrauch konnten in der überwiegenden Mehrzahl meiner männlichen Patienten als ätiologische Faktoren in Anspruch genommen werden. Ebenso unerklärt bleibt es, warum in meiner Serie das Verhältnis der inneren und äusseren Krebse bei den beiden Geschlechtern de facto grade umgekehrt ist, indem 124 innere und 53 äussere Fälle bei Männern gegenüber 12 inneren und 23 äusseren Fällen bei Frauen zur Beobachtung kamen.

Meine seit 1894 mit bezug auf das Alter der Kranken gemachten Erfahrungen bestätigen aufs neue meine in jenem Jahr gemachte Angabe, nämlich, dass die dreissig Jahre zwischen 40 bis 70 die überwältigende Majorität aller zur Beobachtung kommenden Fälle von bösartigen Kehl-

kopfgeschwülsten umfassen; ich habe aber in den zwölf seit damals verflossenen Jahren mehr der Dekade von 60 bis 70 zugehörige Fälle gesehen als auf die zehn Jahre von 50 bis 60 entfallende. Drei von meinen zwischen 1894 bis 1906 gesehenen Patienten waren 80 Jahre alt; keiner war jünger als 30.

Während ich somit 136 Fälle von innerem Kehlkopfkrebs gesehen habe, habe ich die Thyreotomie — die, wie schon erwähnt, meiner Meinung nach die Operation „per excellence“ für diese Klasse von Fällen ist —, nur in 33 Fällen wirklicher oder vermeintlicher bösartiger Neubildungen im Inneren des Kehlkopfes vorgenommen. Es ist aber ganz unzulässig, aus diesen Zahlen einen Schluss auf die Proportion der Fälle von innerem Kehlkopfkrebs zu ziehen, welche sich für die Thyreotomie eignen. Denn erstens ging mir ein grosser Bruchteil dieser Fälle zu, ehe Mr. Butlin die Thyreotomie wieder eingeführt hatte, und zweitens sah ich eine weitere, sehr beträchtliche Zahl meiner Fälle nur in Konsultation mit anderen Spezialisten und Chirurgen, welche meine Ansicht über die Diagnose und Operationsmethode in ihren Fällen zu hören wünschten und welche, wenn diese Fragen zu gunsten chirurgischen Eingreifens entschieden wurden, die Operation selbst vornahmen. Im Lichte meiner gegenwärtigen Erfahrung stehe ich nicht an, zu erklären, dass in allen noch auf das Innere des Larynx beschränkten Fällen, welche nicht allzu ausgedehnt sind, nicht zu nahe der Hinterwand sitzen und noch nicht die Kehlkopfknorpel infiltriert haben, die Thyreotomie vorgenommen werden sollte, ausser wenn sich aus dem Allgemeinbefinden des Patienten schwerwiegende Kontraindikationen ergeben. Hohes Alter ist an sich durchaus keine Gegenanzeige, wenn der Patient im übrigen kräftig und frei von schweren organischen Komplikationen ist. Ich habe in neun Fällen die Thyreotomie an Leuten zwischen 60 und 70, und in drei Fällen an Männern über 70 mit vorzüglichen Resultaten vorgenommen und mein allerletzter Fall betrifft einen alten Herrn von 75 Jahren, der neun Tage nach einer wegen Kehlkopfepithelioms vorgenommenen Thyreotomie in bester Gesundheit die Klinik verliess.

Andrerseits trüben selbstverständlich allgemeine Schwäche, chronische Bronchitis, vorgeschrittene Nephritis, Diabetes und ähnliche schwere organische Leiden die Prognose aufs Bedenklichste.

In meinen 34 Thyreotomien — in einer derselben musste die Operation fast unmittelbar nach der erst vorgenommenen wiederholt werden —, die in 33 Fällen wegen sicherer oder, wie es schien, höchst wahrscheinlicher bösartiger Erkrankung des Kehlkopfs ausgeführt wurden, stellte sich in 8 Fällen die Diagnose entweder als unrichtig heraus oder blieb zweifelhaft. Zweimal zeigte es sich, dass es sich um Tuberkulose gehandelt hatte. Zweimal berichtete Mr. Shattock, dass die Tumefaktion durch eine infektiöse Entzündung verursacht worden sei. In zwei Fällen blieb die Diagnose zweifelhaft zwischen Fibrosarkom und einer gutartigen Neubildung. In einem, bereits in dieser Arbeit erwähnten Falle ist es

meiner Meinung nach noch jetzt*) eine offene Frage, ob die Krankheit epitheliomatöser oder papillomatöser Natur ist, und in einem Falle zeigte der weitere Verlauf, dass der Tumor ein unschuldiges Papillom gewesen war.

Drei von diesen 34 Operationen endeten tödlich, so dass wir einen Prozentsatz von 8,8 Todesfällen haben.

In einem von diesen 3 tödlichen Fällen, der schon in meiner Arbeit vom Jahre 1904 berichtet worden ist, erfolgte der letale Ausgang bei einem sehr alten Manne sechs Tage nach der Operation infolge von Verschlimmerung eines präexistierenden Bronchialkatarrhs; im zweiten Falle war der am 11. Tage nach der Operation eingetretene Tod durch sekundäre Blutung und spätere Erschöpfung bei einem sehr schwachen alten Manne von 76 Jahren verursacht; der dritte Fall, in welchem der Tod 27 Stunden nach der Operation an Lungenödem erfolgte, ist bereits in dieser Arbeit erwähnt worden. Es ist besonders melancholisch, dass zwei von diesen drei tödlichen Ausgängen sich in Fällen ereignet haben, in denen, wie die spätere mikroskopische Untersuchung zeigte, die Krankheit nicht bösartiger, sondern infektiös-entzündlicher Natur war und diese Tatsache, sollte ich meinen, bestärkt bedeutsam die Ansicht, dass mikroskopische Untersuchung eines intralaryngeal entfernten Fragmentes, wenn irgendmöglich, der Radikaloperation vorangeschickt werden sollte.

Von den Fällen unzweifelhafter, d. h. mikroskopisch sichergestellter bösartiger Erkrankung des Kehlkopfs, deren Anzahl sich auf 25 belief, endigte einer, wie schon erwähnt, tödlich und 24 genasen. In einem derselben war die Operation offenbar unvollständig gewesen. Eine zweite Thyreotomie wurde sofort vorgenommen mit gründlicherer Entfernung der Nachbarschaft um die recidivierende Geschwulst herum, und der Patient ist seither, d. h. seit mehr als zwei Jahren, völlig gesund geblieben. In 4 Fällen erfolgten Recidive. In 1 von diesen starb der Patient an Leberkrebs**) fünf Jahre nach der Operation, während der Kehlkopf und die Cervicaldrüsen vollständig freiblieben. Dies lässt ein Verhältnis von 3 Fällen echten lokalen Recidivs auf 24 operierte Fälle. Im ersten von diesen Recidivfällen erfolgte die Wiederkehr neun Monate nach der Thyreotomie, und der Patient, der weitere Eingriffe verweigerte, starb 18 Monate nach der Operation. Im zweiten Falle trat das erste Recidiv vier Monate nach der Operation ein und die Hemilaryngektomie wurde ausgeführt. Ein Jahr später musste diese Operation von Totalexstirpation des Kehlkopfs gefolgt werden, weil sich Metastasen in den Cervicaldrüsen gebildet hatten, die mit dem Kehlkopf, dessen Inneres

*) Dies ist der auf Seite 348 beschriebene Fall, dessen weitere Geschichte in der Anmerkung auf derselben Seite berichtet ist. Gegenwärtig, 1911, kann es kaum länger zweifelhaft sein, dass es sich um ein gutartiges Papillom gehandelt hat.

**) Es dürfte eine dankbare Aufgabe sein, dem Grunde nachzuforschen, weshalb, wenn überhaupt eine Metastase des Kehlkopfkrebses erfolgt, dieselbe verhältnismässig so häufig in der Leber eintritt, wie dies aus der Literatur hervorzugehen scheint. Auf den ersten Blick ist der Zusammenhang durchaus nicht leicht ersichtlich.

aber diesmal vollständig frei geblieben war, untrennbar verschmolzen waren. Etwa 20 Stunden nach der von Prof. Gluck ausgeführten Operation erfolgte der Tod an Coma. Der Patient hatte an vorgeschrittener chronischer Nephritis gelitten. — Im dritten Falle trat das Recidiv 11 Monate nach der Operation ein, und die nunmehr vorgenommene Hemilaryngektomie ist vor zu kurzer Zeit ausgeführt worden, als dass man etwas über das Endergebnis sagen könnte*).

Ziehen wir nunmehr von diesen 24 Fällen einen ab, der zu kürzlich operiert worden ist, um bezüglich der Frage des Freibleibens von Recidiven statistisch anwendbar zu sein, und einen, in dem der Patient fünf Jahre nach der Operation an Leberkrebs starb, während sich der Kehlkopf und die Cervicaldrüsen als intakt erwiesen, so finden wir, dass unter 22 operierten Fällen unzweifelhaft bösartiger Erkrankung des Larynx ein echtes lokales Recidiv 3mal statthatte. Dies gibt einen Prozentsatz von 13,6 pCt. Recidiven. Schliessen wir andrerseits den Fall, in dem 5 Jahre nach der Operation Tod an Leberkrebs erfolgte, mit unter die Recidive ein, so ergeben sich vier Recidive in 23 Fällen, d. h. 17,4 pCt. Recidive.

Mit bezug auf den eben erwähnten Fall aber möchte ich bemerken, dass es angesichts des Mangels einer Autopsie in demselben eine offene Frage bleibt, ob das Auftreten eines Leberkrebses in demselben als eine echte Metastase zu betrachten ist oder, ob dieselben obskuren Einflüsse, welche die bösartige Kehlkopfkrankheit produzierten, auf's neue und unabhängig von der ersten Manifestation im Spiele waren. Diese Möglichkeit ist durchaus nicht so weit hergeholt, als es scheinen könnte. Gluck[1]) hat einen Fall berichtet, in dem nach Exstirpation eines Plattenepithelkrebses des Kehlkopfs zweiundeinhalb Jahre später der Patient an einem Cylinderepithelkrebs des Colon transversum zugrunde ging. In diesem Falle ist jedenfalls die Idee an ein echtes Recidiv ganz ausgeschlossen, und man kann an nichts anderes denken als an eine vollständige Neuproduktion einer anderen Form von bösartigen Geschwülsten**).

Die letzte in dieser Rubrik zu besprechende Kategorie, nämlich diejenige, in welcher entweder keine Recidive erfolgten oder in der nach unvollständiger Operation oder nach Recidiv dauernde Genesung nach einer weiteren Operation erzielt wurde, bedarf einer besonderen Erwägung, ehe ihr schliessliches Ergebnis in Zahlen ausgedrückt werden kann.

Bei Krebsoperationen in irgendwelchem Teile des Körpers ist die Bestimmung des Zeitpunktes nach, dessen Ablauf der Patient als „geheilt" bezeichnet werden kann, selbstverständlich rein konventionell. Eine so

---

*) Der Patient ist seither gesund geblieben. 1911.

1) Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1904. S. 155.

**) Nach der Veröffentlichung dieses Vortrags habe ich selbst einen ganz ähnlichen Fall gesehen. Ein an Epitheliom der Zunge operierter Patient erkrankte kaum ein Jahr später an Cylinderepithelkrebs des Rectums, das ebenfalls operiert wurde. In beiden Fällen wurde die mikroskopische Untersuchung von Pathologen ersten Ranges ausgeführt. Seither, d. h. seit etwa 2 Jahren ist Patient gesund geblieben.

späte Periode auch immer vernünftigerweise gewählt werden mag, so wird es doch stets leicht sein, auf einige vereinzelte literarisch festgelegte Fälle zu verweisen, in denen ein lokales oder metastatisches Recidiv nach einem noch längeren Intervall erfolgte.

Wenn man daher überhaupt von einer „Heilung" in Fällen von Krebsoperationen spricht, so ist alles, was man sagen kann, dass man zu verstehen geben will, dass die Periode abgelaufen ist, innerhalb welcher sich, wenn überhaupt, gewöhnlich Recidive vollziehen, und dass man nunmehr die berechtigte Erwartung hegen kann, dass der Patient dauernd von der Krankheit verschont bleiben wird. Im Einklang mit diesem Gedankengange ist man gegenwärtig dahin übereingekommen, anzunehmen, dass eine Periode von drei Jahren die Zeit der Recidivgefahr abschliesst, und Statistiken von Krebsoperationen werden gewöhnlich auf dies Prinzip basiert. — Schon vor 10 Jahren setzte ich indessen auseinander, dass infolge der Besonderheit des Lymphgefässsystems des Larynx die inneren Krebse dieses Organs eine ganz aussergewöhnlich günstige Stellung in der Frage von Recidiven nach Radikaloperationen einnehmen, und dass, wenn nur ein Jahr ohne Recidive verflossen ist, man berechtigt sei, anzunehmen, dass der Patient die kritische Periode überstanden hat. Gegenwärtig, nach 10 Jahren weiterer Erfahrung, stehe ich noch bestimmter auf dem damals eingenommenen Standpunkt. Ich habe soeben gezeigt, dass nicht in einem einzigen meiner Thyreotomiefälle ein Recidiv nach Ablauf des ersten Jahres erfolgt ist, und ich werde daher diese Periode zur Basis der folgenden Berechnungen machen. Ich tue dies nicht zu dem Zwecke, ein paar weitere Fälle von „Heilung" in meine Tabelle aufnehmen zu können, sondern weil ich aus praktischer Erfahrung weiss, wie glücklich die Operierten sind, wenn man ihnen ein Jahr nach der Operation sagt, dass sie sich nach menschlicher Voraussicht nunmehr als frei von der Recidivgefahr betrachten können, und weil ich es für recht halte, ihnen diese Beruhigung zu geben.

Wenn ich daher von meinen 25 Thyreotomieen wegen festgestellt bösartiger Erkrankung des Larynx 1 Fall abziehe, der an der Operation zugrunde ging, 3 Fälle, in denen ein lokales Recidiv innerhalb des ersten Jahres nach der Operation erfolgte, und 1 Fall, der vor zu kurzer Zeit operiert worden ist, um in dieser Liste einbegriffen zu werden, andrerseits aber 1 Fall von inkompletter Operation einschliesse, der nach der zweiten Operation dauernd geheilt geblieben ist, so bleiben 20 Fälle, d. h. genau **80 pCt.** von dauernden Heilungen übrig. Ziehen wir noch weiterhin den Fall ab, in welchem der Patient 5 Jahre nach der Operation an Leberkrebs starb, so erhalten wir 19 von 25, d. h. 76 pCt. dauernder Heilungen. Das ist sicherlich ein hocherfreuliches Resultat, welches, soviel mir bekannt ist, sich zu seinen Gunsten mit Radikaloperationen für Krebs in irgendeinem Teile des Körpers vergleichen lässt.

Die Dauer der Heilung in den einzelnen Fällen ist vom Datum der Operation bis zum 31. Dezember 1906, wie folgt:

1	Fall	über	15 Jahre,
4	Fälle	zwischen	10—15 Jahren,
4	„	„	5—10 „
2	„	über	4 Jahre,
3	„	„	3 „
2	„	„	2 „
1	Fall	genau	2 „
1	„		1 Jahr und 10 Monate,
1	Patient starb 5 Jahre nach der Operation an Lungenembolie,		
1	„ „ 4 „ „ „ „ „ Pneumonie,		
20			

In den beiden letztaufgezählten Fällen sind Recidive mit vollster Sicherheit ausgeschlossen.

Die stimmlichen Resultate sind ebenso befriedigend: überraschend gute Stimme in 11 Fällen, gut oder leidlich in 5, schwach oder zur Flüsterstimme reduziert in 4. In nicht wenigen Fällen mussten beide Stimmbänder entfernt werden.

Endlich möchte ich in diesem Zusammenhange als additionellen Vorzug der Thyreotomie erwähnen, dass selbst in denjenigen Fällen, in denen die Operation nicht vollständig genug gewesen, oder in denen unglücklicherweise ein echtes Recidiv eingetreten ist, die Operation uns nicht zum Ende unseres Könnens bringt, sondern dass vielmehr, sei es durch Wiederholung der Operation, sei es durch partielle Resektion, sei es durch Totalexstirpation noch immer dauernde Heilung erzielt werden kann, wenn die Thyreotomie versagt hat.

Was die Technik der Operation anbelangt, so halte ich noch immer an der von mir 1894 in der „Lancet" beschriebenen Methode fest, und möchte nur bei dieser Gelegenheit aufs neue die vortreffliche, von meinem Freunde Mr. Waggett erfundene Knorpelschere zur Spaltung des Schildknorpels empfehlen. Es sind jedoch verschiedene Modifikationen des Verfahrens empfohlen worden, und Prof. Paul von Bruns, der nunmehr im Einklang mit der hierzulande acceptierten Anschauung die Thyreotomie für das „Normalverfahren" bei den Frühstadien des inneren Kehlkopfkrebses hält, beschreibt folgendes als seine eigene Methode[1]):

„An Stelle der Narkose wird $^1/_2$—1 Stunde vor Beginn der Operation eine Skopolamin-Morphiuminjektion vorgenommen; in die Schnittlinie der äusseren Weichteile wird Novokainlösung injiziert und nach Eröffnung des Kehlkopfes die Schleimhaut mit Novokain-Adrenalinlösung bepinselt, um zugleich die reflektorischen Hustenanfälle und Schluckbewegungen aufzuheben und die Schleimhautblutung zu beschränken. Wenn keine stärkere Blutung zu befürchten ist, vermeidet man die vorgängige Tracheotomie und Einführung einer Tamponkanüle. Wie Kocher ziehe ich die Schräglage des Körpers und Hängelage des Kopfes vor, um die Aspiration vom Blut sicherer zu verhüten; auch schützt sie gegen das Eindringen des oft in grosser Menge abgesonderten Rachenschleims in den Kehlkopf, der sonst durch Tamponade des unteren Rachenabschnitts abgehalten werden muss. Die Spaltung erstreckt sich durch den

1) Loc. cit., pp. 245, 246.

ganzen Kehlkopf bis in die Luftröhre hinein, um genügend Zugang zu gewinnen. Nach Auseinanderziehen der Knorpelhälften und nötigenfalls bei künstlicher Beleuchtung mittels einer kleinen elektrischen Lampe wird der Tumor bis auf das Perichondrium umschnitten und dicht am Knorpel abgetragen. Die Wundfläche wird nötigenfalls mit dem Galvanokauter nachgebrannt und mit Jodoform eingerieben. Die Einführung eines Jodoformgazetampons wird unterlassen. Schliesslich werden die Schildknorpelhälften mittels Nähten durch das Perichondrium vereinigt, ebenso der obere Teil der äusseren Wunde, während der untere Teil im Bereiche der Trachea offen bleibt und nur lose tamponiert wird. Eine Kanüle wird nicht eingelegt."

Dies Verfahren differiert in mehreren wesentlichen Punkten von dem in England allgemein üblichen, besonders in der Vermeidung der allgemeinen Narkose und der Weglassung der Hahn'schen oder anderer Tamponkanülen. Da Prof. von Bruns auf Grund von praktischer Erfahrung spricht und gute Resultate beim Gebrauch der von ihm beschriebenen Methode erzielt hat, so wäre es eine Krittelei, theoretische Einwendungen zu erheben. Ich sehe den Vorteil der Schräglage des Körpers mit Hängelage des Kopfes vollständig ein, da man auf diese Weise die Einführung einer Kanüle, selbst während der Operation, vermeiden kann, und beabsichtige, diese Methode zu versuchen.

Dagegen kann ich nicht umhin, die Rätlichkeit der Anwendung von Adrenalin zur Pinselung der Schleimhaut nach Eröffnung des Kehlkopfes anzuzweifeln. Cocain genügt vollständig für diesen Zweck und die Verwendung von Adrenalin vergrössert, wie ich aus persönlicher Erfahrung in einem Falle weiss, die Gefahr einer parenchymatösen Nachblutung. Ueberhaupt muss ich sagen, dass die mittels der alten Methode erzielten Resultate befriedigend genug sind, um Modifikationen nicht als notwendig erscheinen zu lassen, obwohl ich natürlich hiermit nicht zu verstehen geben will, dass die in England allgemein befolgte Technik notwendigerweise den Höhepunkt des Erreichbaren darstellt.

Ich habe nur ein Wort über die Aethernarkose per rectum hinzuzufügen, welche, wie ich aus der Diskussion sehe, die Dr. Chevalier Jackson's Vortrag folgte, von neuem als eine bequeme Methode der Anästhesierung bei der Thyreotomie empfohlen worden ist, da sie davon dispensiere, dass der Darreicher des Anaestheticums das ohnehin schon kleine Operationsfeld noch weiter beenge. Das ist allerdings richtig, doch scheint schon vergessen worden zu sein, dass ich in meiner Arbeit in der „Lancet" im Jahre 1894 ausführlich einen sehr bedauerlichen Todesfall nach partieller Kehlkopfexstirpation berichtet habe, in welchem der letale Ausgang ganz zweifellos durch Aethervergiftung nach rectaler Anwendung dieses Narcoticums bedingt war. Nicht nur die Därme und der Magen, sondern auch die grossen und kleinen Bronchien waren intensiv injiziert und zeigten zahlreiche grössere und kleinere Ekchymosen und freie Hämorrhagieen auf ihren Oberflächen. Behufs weiterer Details muss ich auf das Original verweisen. Hier aber möchte ich nur sagen, dass nach dieser wirklich traurigen persönlichen Erfahrung mich nichts in der Welt veranlassen würde, diese Methode noch einmal zu versuchen.

Ueber die nächste Operation auf unserer Liste — die partielle Exstirpation oder Hemilaryngektomie — habe ich nur wenige Worte zu sagen. Es liegt auf der Hand, dass diese Operation im Verhältnis seltener werden wird, als die Diagnose des inneren Krebses allgemeiner in einem frühen Stadium der Krankheit gestellt wird. Schliesslich dürfte sie tatsächlich auf jene Fälle von innerem Krebs beschränkt werden, welche erst zur Beobachtung kommen, wenn die Neubildung bereits das Knorpelgerüst infiltriert hat, sowie auf einige wenige, speziell günstige Fälle von äusserem Krebs. Ganz im Einklang mit diesen allgemeinen Erwägungen habe ich nur in 5 Fällen Gelegenheit gehabt, die Operation auszuführen. In einem derselben — dem eben erwähnten — erfolgte Tod an Aethervergiftung. Die anderen 4 Patienten genasen zunächst. Einer dieser Fälle, in dem schon vorher die Thyreotomie ausgeführt war, ist ganz frischen Datums*). Die Resultate der anderen 3 Fälle sind nicht befriedigend. In einem ist es zweifelhaft, ob ein Recidiv erfolgte, doch ist dies nicht wahrscheinlich. Der Patient starb plötzlich zehn Monate nach der Operation durch das Bersten eines vor der Trachea gelegenen Abszesses. — Im zweiten erfolgte ein Recidiv in den Cervicaldrüsen, während der Kehlkopf freiblieb. Der Patient, der weitere operative Eingriffe verweigerte, starb 15 Monate nach der Operation. Die Geschwulst war in diesem Falle von Mr. Shattock als äusserst bösartig bezeichnet worden, und die Prognose war von Anfang an schlecht. Zur Zeit der Operation war der Schildknorpel bereits infiltriert, die Cervicaldrüsen waren aber anscheinend frei. — In dem letzten, bereits erwähnten Falle, in dem zuerst die Thyreotomie und später Hemilaryngektomie vorgenommen worden war, trat ein Recidiv etwa 10 Monate nach der zweiten Operation in den Cervicaldrüsen ein. Prof. Gluck entfernte nicht nur diese, sondern den Larynx in toto, da seine äussere Fläche untrennbar mit den affizierten Drüsen verschmolzen war. Der Patient kam nicht wieder zum Bewusstsein und starb etwa 20 Stunden nach Vollendung der Operation.

Meine Ergebnisse bei der Hemilaryngektomie sind daher nichts weniger als befriedigend, und als ein Resultat meiner Erfahrung würde ich sicherlich die Entfernung der korrespondierenden Cervicaldrüsen in den Fällen anraten, in welchen Infiltration des Schildknorpels die Resektion desselben notwendig macht, selbst wenn dieselben anscheinend noch nicht befallen sein sollten.

Ich habe meiner früheren Beschreibung der Technik der Operation nur hinzuzufügen, dass es in einigen Fällen möglich sein dürfte, eine Spange**) des zu entfernenden Knorpels, sei es oben oder unten, zurückzulassen. Dies hilft wesentlich zur Verhütung einer Stenose.

Was die Pharyngotomia subhyoidea anbetrifft, so habe ich auch hier meiner früheren Beschreibung wenig hinzuzusetzen. Ich entnehme der v. Bruns'schen neuen Statistik aller Operationen dieser Art, die

*) Seither geheilt geblieben. 1911. Vgl. p. 355.
**) scilicet: noch gesunde.

seit 1890 bei Kehlkopfkrebs ausgeführt worden sind, dass nur in 16 pCt. eine 1—3 Jahre oder länger andauernde Heilung erzielt worden ist, dass in 20 pCt. Recidive erfolgten, und dass die Mortalität der Operation sich auf nicht weniger als 40 pCt. belief. Ganz abgesehen von der Tatsache, dass sie nur für eine sehr beschränkte Anzahl von Fällen, nämlich für diejenigen, in welchen die Neubildung nahe der oberen Apertur des Kehlkopfs sitzt, verwendbar ist, ist die Gefahr der Operation so gross, dass sie wenig zu ihrer Adoption ermuntert, zumal die Neubildung ebensogut durch die Laryngotomie zugänglich gemacht werden kann.

Ich selbst habe die Pharyngotomia subhyoidea nur einmal bei Kehlkopfkrebs ausgeführt [1]) und habe dieselbe betrübliche Erfahrung gemacht wie andere Operateure, indem mein Patient am 4. Tage nach der Operation, wahrscheinlich an Sepsis, zugrunde ging.

An den letzten Teil meiner Aufgabe, nämlich die Besprechung der Totalexstirpation gehe ich, wie ich bekennen muss, mit Zittern und Zagen. Erfahrung hat mich gelehrt [2]), dass die „Draufgänger" unter den Laryngektomisten mit wenigen Ausnahmen, von denenProf. Gluck das rühmenswerteste Beispiel ist, geneigt sind, jedermann, der nicht ebensoweit geht wie sie selbst, als einen Feind anzusehen und ihn als solchen zu behandeln. Das soll mich aber nicht abschrecken, die Ansichten, welche ich seit der ersten öffentlichen Diskussion der Totalexstirpation konsequent verfochten habe, und welche sich dahin definieren lassen, dass ich ebensoweit von voreingenommenem Antagonismus gegen die Operation wie von blinder Bewunderung derselben entfernt bin, auch bei dieser Gelegenheit zu wiederholen. Wie jeder verständige Mensch, so erkenne auch ich unbedingt die Legitimität jeder Operation an, welche ein sonst verlorenes Leben rettet oder selbst nur nennenswert verlängert, und somit ist für mich die totale Kehlkopfexstirpation über jeden Zweifel hinaus vollberechtigt. Ich nehme gern davon Kenntnis, dass die früher fürchterliche Mortalität infolge der Verbesserung der Technik in neuerer Zeit sehr beträchtlich vermindert worden ist, und endlich zweifle ich nicht, dass einige wenige der Patienten, welche die Operation für längere Zeit überlebt haben und noch leben, ganz zufrieden mit ihrem Schicksal sind.

Aber wenn ich soviel zugebe, so glaube ich ehrlich, alles gesagt zu haben, was überhaupt zugunsten der Totalexstirpation gesagt werden kann, und ich kann mich nicht dazu versteigen, die Frage nach der Art des Lebens, welches die Kranken nach erfolgreicher Operation zu führen haben, und die Frage nach der Häufigkeit der Recidive als so zweiten Ranges und verhältnismässig unwichtig zu betrachten, als dies sicherlich seitens der kampflustigen Fraktion der enthusiastischen Fürsprecher der Operation geschieht.

1) Vgl. meine Arbeit in der „Lancet" 1894, Tabelle, Fall 7.

2) Vgl. die schon erwähnten Arbeiten von Dr. John Mackenzie, sowie die Aufsätze der Herren Le Bec und Real, Oktober und Dezember 1903 in den Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx.

Die totale Kehlkopfexstirpation ist — darin kann nicht der leiseste Zweifel obwalten — eine der am meisten verstümmelnden im ganzen Bereiche der Chirurgie. Sie vernichtet die Sprache im gewöhnlichen Sinne des Worts, denn ich habe niemals gesehen, dass ein Patient irgend einen der zahlreichen geistvollen Sprechapparate, die erfunden und empfohlen worden sind, längere Zeit tatsächlich gebraucht hat. Er zieht es vor, mit der Rachenflüsterstimme, welche in einigen Fällen für einige Distanz hörbar ist, vorlieb zu nehmen, oder mit der Aussenwelt schriftlich zu verkehren. In nicht wenigen Fällen tritt zum Verlust der Sprache permanente Schwierigkeit im Schlingen, welche den Kranken zwingt, seine Mahlzeiten allein einzunehmen, oder selbst die künstliche Ernährung notwendig macht. Alles dies schliesst den Patienten mehr oder minder aus der menschlichen Gesellschaft aus, teilweise aus eigenem Instinkt, teilweise, weil er zu der Erkenntnis getrieben wird, dass er der Gegenstand eines mit Schrecken gemischten Mitleids für andere ist. Er scheut daher gewöhnlich die Gesellschaft anderer und wird ein Einsiedler. Ich möchte nicht der Uebertreibung geziehen werden und wiederhole daher nachdrücklich, dass ich nicht bezweifle, dass einige Patienten ein erträglicheres Leben führen. Persönlich aber muss ich sagen, dass, während ich oft genug gesellschaftlich und bei öffentlichen Gelegenheiten Leute treffe, die erfolgreich von anderen und von mir selbst thyreotomiert worden sind, ich niemals einen Patienten, dessen Kehlkopf entfernt worden ist, anderswo gesehen habe, als in den Versammlungsräumen medizinischer Gesellschaften, in denen sein Fall als ein Erfolg demonstriert wurde, oder in meinem eigenen Konsultationszimmer, wenn ein Recidiv erfolgt war. Dies ist, wie ich glaube, auch die allgemeine Erfahrung anderer, und angesichts dieser Tatsache allein erscheint mir die Leichtfertigkeit, mit der von manchen Seiten die Totalexstirpation gepredigt und ausgeführt wird, wo weniger schwere Eingriffe ausgereicht haben würden, nicht nur bedauerlich, sondern direkt tadelnswert.

Hierzu tritt noch die äusserst ernste Frage der Recidive nach der Totalexstirpation, über die wir, meiner festen Ueberzeugung nach, noch nicht genügende neue Information besitzen, um auf dieselbe ein verlässliches Urteil zu bauen, und die doch von so entscheidender Wichtigkeit ist, wenn wir in einem gegebenen Falle unsere Meinung eingeholt wird, ob die Operation ausgeführt werden soll oder nicht.

Die einzige moderne zuverlässige Statistik eines einzelnen Operateurs von eigener beträchtlicher Erfahrung ist meines Wissens die von Dr. Chevalier Jackson. Er gibt an (loc. cit.), dass er 8 Totalexstirpationen vorgenommen hat, von denen 3 Patienten betrafen, an denen partielle Resektion ausgeführt worden war und die Recidive bekommen hatten. Einer der Patienten lebte 7 Jahre und starb dann am Magenkrebs; ein zweiter hatte kein Recidiv und starb 3 Jahre nach der Operation an einer Gehirnblutung; ein dritter starb 8 Monate nach der

Operation an Alkoholismus. Von den übrigbleibenden 5 hatten 3 ein Recidiv innerhalb des ersten Jahres; ein anscheinend geheilter entzog sich nach einem Jahre der Beobachtung, und der letzte war zu neuen Datums, um verwertet werden zu können. Unter den drei schnellen Recidiven befand sich eine Metastase in den Lungen, der Leber und im Pankreas. Es konnten daher nach der eigenen Meinung des Operateurs in den 8 Totalexstirpationen keine absoluten schliesslichen Heilungen beansprucht werden, obwohl 3 anscheinend am Ende des ersten Jahres geheilt waren. Vollständig stimme ich mit Dr. Jackson überein, wenn er weiterhin mit Bezug auf den Fall, in dem 7 Jahre nach der Entfernung des Kehlkopfs Magenkrebs auftrat, seine Ueberzeugung dahin ausspricht, dass dies Ereignis eher als ein Neuauftreten des Prozesses in besonders disponiertem Boden zu deuten ist, als ein Recidiv im gewöhnlichen Sinne.

Ich habe mich für die Zwecke dieses Vortrags an Prof. Gluck gewandt und ihn gebeten, mir eine Zusammenstellung aller seiner Erfahrungen bezüglich der Totalexstirpation zu geben. In seiner Erwiderung bedauert er meinem Wunsche nicht entsprechen zu können angesichts der Schwierigkeit, von der sehr grossen Anzahl auswärtiger Patienten, die er operiert hat, Antworten zu erhalten. Gleichzeitig sagt er, dass während früher sein Material grösstenteils aus Fällen bestanden habe, in denen die Krankheit auf den Kehlkopf beschränkt war, neuerdings in Folge der Fortschritte der Technik die Fälle, in denen Pharynx, Oesophagus und Zunge gleichzeitig mit dem Kehlkopf affiziert waren, sich beträchtlich vermehrt hätten, und dass die Operation natürlich dadurch noch ernster geworden sei. Nichtsdestoweniger seien bemerkenswerte Resultate erzielt worden und er könne mich versichern, dass eine ganze Anzahl von Patienten, bei denen nicht nur Totalexstirpation des Kehlkopfs, sondern auch Resektion des Rachens vorgenommen worden sei, die Operation viele Jahre in gutem Gesundheitszustande überlebt hätten. Gleichzeitig verspricht er den Versuch zu machen, für eine spätere Gelegenheit die Gesamtresultate seiner Erfahrungen zu ermitteln.

Prof. Paul von Bruns (l. c.) berechnet in einer Statistik sämmtlicher seit 1890 vorgenommenen Totalexstirpationen die Verhältnisse folgendermassen:

Heilung, länger als drei Jahre dauernd . . .	10,0 pCt.
„ 1—3 Jahre dauernd	16,6 „
„ weniger als 1 Jahr dauernd	28,9 „
Recidive	24,5 „
Tod infolge der Operation	19,0 „

Persönlich kann ich nur sagen, dass das, was ich selbst von der Totalexstirpation des Kehlkopfs gesehen habe, nichts weniger als ermutigend gewesen ist. Ich habe die Operation niemals selbst ausgeführt, sondern die wenigen meiner Patienten, die sich nach vollständiger Darlegung der Sachlage dazu entschlossen, sich operieren zu lassen, den

erfahrensten Händen anvertraut. Einer meiner Patienten ging, wie schon erwähnt, an der Operation selbst zugrunde; von den übrigen dreien hat kein einziger das erste Jahr überlebt. Da ich keine sensationellen Angaben zu machen wünsche, so will ich nur sagen, dass in allen Fällen das Leben, das die Patienten von der Operation an bis zu ihrer Erlösung durch den Tod zu führen hatten, ein äusserst trauriges war. In der Tat hat sich mir jedesmal, wenn ich diese Kranken wenige Monate nach der Operation mit voll entwickeltem Recidiv gesehen habe, die Frage mit immer gesteigertem Nachdruck aufgedrängt, ob ein solches Resultat die geistige Qual, die physischen Leiden, die schweren Kosten und die vernichteten Hoffnungen verlohne, welche sich mit Notwendigkeit aus dem eingeschlagenen Wege ergaben. — Gleichzeitig aber habe ich mir stets vor Augen gehalten, dass meine persönliche Erfahrung nicht nur klein, sondern wahrscheinlich auch ausnahmsweise unglücklich gewesen ist, und dass schliesslich die unbeugsame Tatsache vorlag, dass die Leben dieser Patienten unrettbar verloren gewesen wären, wenn überhaupt keine Operation vorgenommen worden wäre. Ich habe daher niemals einem Patienten, dessen Fall eine vernünftige Chance zu bieten schien, von der Operation abgeraten, sondern habe es für meine Pflicht gehalten, ihm die Alternative: die Dinge ihren Lauf nehmen zu lassen oder sich der Totalexstirpation zu unterziehen, — unparteiisch auseinanderzusetzen und seine Entscheidung in keiner Weise zu beeinflussen. Ein solches Vorgehen scheint mir um so mehr geboten angesichts der traurigen Tatsache, dass in einer gewissen Anzahl von Fällen sogenannte geheilte Patienten Selbstmord begangen haben.

Leider wird die totale Laryngektomie, bis ein Specificum gefunden worden ist, welches den Krebs heilt ohne zum Messer Zuflucht zu nehmen, in Fällen von äusserem Krebs eine grausame Notwendigkeit bleiben. Aus meiner oben angeführten eigenen Statistik aber wird man entnommen haben, dass von den beiden Varietäten, welche den Kehlkopf befallen können, die äussere glücklicherweise die bei weitem seltnere ist, und ich fühle mich der Zustimmung dieser Gesellschaft sicher, wenn ich zum Schlusse meiner Bemerkungen die innige Hoffnung ausspreche, dass jeder Arzt es sich zur Aufgabe stellen möge, die innere Varietät so frühzeitig zu diagnostizieren, dass die Thyreotomie ausreicht, nicht nur den Kranken zu retten, sondern ihm auch zu einem lebenswerten späteren Dasein zu verhelfen. Glücklicherweise kann ich sagen, dass, nach meiner eigenen Erfahrung zu schliessen, ein bedeutender Fortschritt in der Frühdiagnose während der letzten Jahre gemacht worden ist. Indessen bleibt in dieser Beziehung noch viel zu tun, und ich kann meine einleitenden Bemerkungen nur mit dem warmen Wunsche schliessen, dass diese Diskussion einen frischen Anstoss zur Stellung der Frühdiagnose und zur sofortigen gründlichen Ausrottung des Leidens mittelst der Thyreotomie in Fällen inneren Kehlkopfkrebses geben möge. —

VI.

Ein Beitrag zur Diagnose des Kehlkopfkrebses*).

(Hierzu Tafel I, II und III.)

Mit Ausnahme der direkten Laryngoskopie, welche heutzutage ein sehr wertvolles Hilfsmittel zur Diagnose von Kehlkopfgeschwülsten geworden ist, können wir kaum sagen, dass seit dem Jahre 1888 wesentliche Fortschritte in bezug auf diesen Punkt zu verzeichnen sind. Im genannten Jahre fügte ich bei der Besprechung der Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige unter dem angeblichen Einfluss intralaryngealer Eingriffe zu den der Zeit bekannten diagnostischen Zeichen eine Reihe neuer hinzu, welche mir bei meinen eigenen Beobachtungen von Kehlkopfkrebs sehr wertvolle Dienste geleistet hatten. Die diagnostische Brauchbarkeit einiger dieser Merkmale, namentlich des Symptoms der mangelhaften Beweglichkeit des erkrankten Stimmbandes in einer Reihe von Fällen wurde zuerst ziemlich heftig bestritten. Ich glaube indessen, den gegenwärtigen Stand dieser Fragen wahrheitsgetreu dahin zusammenfassen zu können, dass gegenwärtig sämtliche von mir angegebene Zeichen allgemein als nützlich bei der Diagnose bösartiger Kehlkopfneubildungen anerkannt sind, und dass dieselben, namentlich wenn eine Reihe derselben zusammentrifft, es uns in der grossen Mehrzahl der Fälle ermöglichen, zu einer verhältnismässig frühen Zeit die richtige Diagnose zu stellen.

Aber während dem so ist und während ich in den zwanzig Jahren, die seit der Veröffentlichung meiner Sammelforschung vergangen sind, ich weder Veranlassung gehabt habe, meine Angaben zu modifizieren, noch in der Lage gewesen bin, den damals beschriebenen diagnostischen Merkmalen neue anzureihen, muss unbedingt zugegeben werden, dass ein kleiner Bruchteil von Fällen übrig bleibt, in welchen es mit unseren gegenwärtigen Mitteln nicht möglich ist, schon frühzeitig eine sichere Diagnose zu stellen und in denen gelegentlich tatsächlich diagnostische Irrtümer begangen werden.

Unter diesen Umständen habe ich es für zweckdienlicher gehalten, als das Komitee dieses Internationalen Kongresses mich mit der Ein-

---

*) In englischer Sprache unter dem Titel: „A contribution towards the diagnosis of laryngeal cancer“ in dem Bericht der Sektion XV: Laryngologie und Rhinologie des XVI. Internationalen medizinischen Kongresses, Budapest 1909, veröffentlicht. Der Vortrag wurde durch epidiaskopische Demonstrationen erläutert.

ladung beehrte, eine Diskussion über die Diagnose des Kehlkopfkrebses einzuleiten, Ihnen eine durch farbige Abbildungen illustrierte Reihe solcher Fälle aus meiner eigenen Praxis vorzuführen, als meine früher gemachten Angaben in denselben oder anderen Worten einfach zu wiederholen. Die meisten dieser Fälle sind schon früher veröffentlicht worden, indessen werden Sie einige neue, bisher nicht beschriebene hinzugefügt finden. Eine bestimmte Gruppierung ist nicht versucht, ausser dass die drei ersten Fälle Bilder zeigen, die einander äusserst ähnlich sehen, während die Erscheinungen durch grundverschiedene Ursachen bedingt waren, und dass die ihnen folgenden drei Fälle die Schwierigkeiten illustrieren, denen wir manchmal bei der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Krebs des Kehlkopfs begegnen.

Fall 1. Krebs des Kehlkopfs, welcher zuerst in Form einer eigentümlichen Verdickung des linken Stimmbandes auftrat, die fast zwei Jahre hindurch stationär blieb, ehe sie ihre wahre Natur offenbarte[1]).

Der Patient war ein 50jähriger Herr, der mir von Dr. Kendal Franks in Dublin wegen einer sonderbaren unregelmässigen Verdickung des linken Stimmbandes überwiesen wurde, welche Heiserkeit verursachte. Das ursprüngliche Bild ist in Figur 1 gezeigt. Sie sehen dort eine sonderbare, fast kugelförmige und halbdurchscheinende Tumefaktion in der Mitte des sonst unveränderten linken Stimmbandes. Die Beweglichkeit desselben war frei. Dieser Befund blieb fast zwei Jahre lang unverändert und die Diagnose wurde zwischen fibrocystischer Degeneration, Fibrom und Krebs des Stimmbandes offen gelassen. Endlich traten im Jahre 1891 rapide Veränderungen im Aussehen der Geschwulst ein, und als ich den Patienten wenige Monate nach seinem letzten Besuche bei mir im Frühjahr des genannten Jahres wiedersah, war das ganze linke Stimmband in dieser kurzen Zeit in ein einförmiges glattes rotes Infiltrat verwandelt (Figur 2). Eine radikale Operation wurde unter Aether vorgenommen, der per rectum administriert wurde. Der Patient starb am 2. Tage nach der Operation an Aethervergiftung.

Die Details der Operation und des Leichenbefundes sind in den „Transactions of the Laryngol. Society of London“ 1893 und in der „Lancet“ 1894 zu finden.

Fall 2. „Chronische infektiöse Entzündung“ des Kehlkopfs, welche Kehlkopfkrebs vortäuschte*).

Der Patient, ein 42jähriger Mexikaner, hatte seit mehr als einem Jahre an allmählich zunehmender Stimmlosigkeit gelitten, welche zur Zeit

---

1) Vgl. Results of radical operation for malignant disease of the larynx. Lancet. Dezember 1894, Nr. 6 der Tabelle und Proceedings of Laryngological Society of London. 1893. p. 26.

*) Der Leichenbefund dieses Falles ist bereits in der vorstehenden Arbeit S. 342 erwähnt.

der Konsultation (am 10. Oktober 1906) fast vollständig war. Gelegentlich waren leichte Schmerzen im Halse vorhanden, die aber nicht in die Ohren ausstrahlten. Keine Speichelvermehrung, keine Dyspnoë, keine Schlingbeschwerden.

Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass die Stelle des linken Stimmbandes und Taschenbandes von einer grossen roten glatten Geschwulst (Figur 3) eingenommen war, welche anscheinend eben anfing, auf die rechte Seite überzugreifen. Am Halse keine vergrösserten Drüsen. Keine syphilitischen Antecedentien, kein Zeichen von Tuberkulose. Am 12. Oktober wurde die Thyreotomie vorgenommen. Nach Eröffnung des Kehlkopfs zeigte es sich, dass nicht nur das linke Stimmband und seine Umgebung in einer unregelmässigen, buckligen, teilweise oberflächlich ulcerierten, ziemlich weichen roten Geschwulst mit leicht papillärer Oberfläche untergegangen waren, sondern dass diese Geschwulst sich auch auf den vordersten Teil des rechten Stimmbandes erstreckte. Die ganze Geschwulst und eine ausreichende Zone gesunden Gewebes rings um sie herum wurden entfernt. Die Operation bot durchaus keine besonderen Schwierigkeiten dar.

Aber unmittelbar nach ihrer Vollendung wurde der Kranke cyanotisch und begann stark zu schwitzen*), die Atmung stark erschwert (30 Respirationen in der Minute), die Pulsfrequenz stieg auf 140, und kleinblasiges feuchtes Rasseln war über beiden Lungen hörbar. Genug, es war nicht der geringste Zweifel vorhanden, dass akutes Lungenödem eingetreten war. Ein seröser Erguss verbreitete sich allmählich vom Thorax über den Hals und die Wangen und verwischte die Konturen der Teile. Dabei war kein Emphysem vorhanden und die geschwollenen Partien blieben ganz weich. Trachealstertor trat ein und nahm rasch zu, der Puls stieg auf 160, die Temperatur auf 39, die Cyanose wurde extrem, und der Patient starb 29 Stunden nach der Operation. Urin wurde nur einmal nach der Operation gelassen und war stark eiweisshaltig. Die Obduktion wurde nicht gestattet und der Grund der beschriebenen Phänomene blieb dunkel. Wäre der Schweissausbruch, die Cyanose und der seröse Erguss erst einige Zeit nach der Operation eingetreten, so würde man natürlich an eine akute Infektion gedacht haben, da aber mehrere dieser Symptome unmittelbar nach Beendigung der Operation eintraten, so ist eine solche Erklärung nicht haltbar. Es liesse sich denken, dass der Patient an granulärer Nephritis gelitten habe, doch liess sich das nicht definitiv ermitteln.

Das Traurigste an dem ganzen traurigen Falle war, dass die Geschwulst nicht, wie man geglaubt hatte, eine bösartige Neubildung, sondern nur eine obskure infektiöse Entzündung darstellte, von der Mr. Shattock folgende Beschreibung gab:

---

*) Die Worte: „und begann stark zu schwitzen“ sind im Original aus Versehen ausgelassen.

„Ich habe heute drei von den vier mir übersandten Gewebsstücken untersucht. Das vierte Stück besteht, wie sich das schon makroskopisch zeigt, aus Muskelsubstanz, bedeckt von lose angehefteter, geschwollener und gerunzelter Schleimhaut, und ist offenbar bedeutungslos für den Fall. Die drei anderen Stücke zeigen sämtlich dieselben Veränderungen, nämliche eine kleinzellige Infiltration der Schleimhaut, die sich aber nirgendwo in die Muskulatur oder selbst nur in die Drüsen fortsetzt, von denen in einem der Stücke eine beträchtliche Anzahl vorhanden ist. Die Drüsen, das sie umgebende Gewebe und die Muskulatur sind in allen drei Stücken völlig normal. An einigen Stellen ist eine papilläre Wucherung nach oben vorhanden, es mangelt aber an jeder Indikation von Bösartigkeit in allen genannten Prozessen. Tuberkulose kann ausgeschlossen werden. Hier und da finden sich kleine nekrotische Bezirke in dem entzündeten Schleimhautgewebe. Ich vermute daher, dass der ganze Krankheitsprozess eine chronische, mit Schwellung und einigen papillären Auswüchsen einhergehende Entzündung darstellt, die auf einen infektiösen Prozess keiner besonderen spezifischen Natur zurückzuführen ist.“

Fall 3. Bluterguss ins rechte Stimmband und unter dasselbe, welcher eine bösartige Kehlkopfneubildung vortäuschte[1]).

Dieser Fall ist bereits in diesem Bande ausführlich mitgeteilt, (vgl. S. 279) und auch in der vorstehenden Arbeit erwähnt (vgl. S. 341). Er braucht daher hier nicht wiederholt zu werden. Der laryngoskopische Befund ist in Fig. 4 dargestellt.

Das besonders belehrende Element der soweit berichteten drei Fälle liegt, wie schon angedeutet, in dem Umstande, dass die Erscheinungen einander so ungemein ähnlich sehen, während die bedingenden Ursachen in den drei Fällen so durchaus verschiedener Natur waren.

Fall 4. Kehlkopftuberkulose, bei der das laryngoskopische Bild die Diagnose zwischen bösartiger Erkrankung und Tuberkulose völlig unentschieden liess[2]).

In diesem Falle, welcher einen 52jährigen Herrn betraf, nahm ein von ödematösem Gewebe umgebenes Geschwür das hintere Ende des linken Stimmbandes und die unmittelbar darunter gelegene Region ein, während der Rest des Kehlkopfes völlig normal war.

In Anbetracht der bedenklichen Situation der Erkrankung und der Unmöglichkeit, rechtzeitig genug die Diagnose auf anderem Wege als

---

1) Erwähnt in: „Zur Frage der Radikaloperation bei bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs etc.“ Archiv für Laryngologie. Bd. VI. S. 418 u. 419. (Infolge eines Schreibfehlers ist dort auf Seite 419 berichtet, dass die Affektion das linke Stimmband betroffen habe; in Wirklichkeit war das rechte affiziert, wie auf Seite 418 ganz richtig angegeben ist) und in „Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx“. Annales des maladies de l'oreille etc. Vol. XXV. 1899. p. 245.

2) Erwähnt in: „Malignant Disease of the Larynx“, Encyclopaedia Medica“, Vol. VI, und in „The Indications of Thyrotomy“, Verhandlungen des XII. Internationalen Medizinischen Kongresses, Paris 1900.

dem einer exploratorischen Thyreotomie zu sichern, wurde diese Operation vorgenommen. Selbst nach Eröffnung des Kehlkopfs blieb die Natur der Krankheit zweifelhaft, und erst die histologische Untersuchung, die von Mr. Shattock vorgenommen wurde, während die Operation weiterging, enthüllte den tuberkulösen Charakter des Leidens. Die ulcerierte Fläche wurde entfernt, ihr Boden ausgekratzt und reine Milchsäure appliziert. Die Heilung ist noch heute, d. h. volle 12 Jahre nach der Operation, von Dauer und der Patient spricht mit lauter, wenn auch etwas heiserer Stimme. Dieses befriedigende Resultat war indessen anfänglich dadurch sehr getrübt, dass die äussere Wunde tuberkulös wurde und dass sich zahlreiche tuberkulöse Fistelgänge vor dem Kehlkopf und der Luftröhre bildeten. Es wurde notwendig, die Narbe von frischem zu inzidieren und eine ausgedehnte neue Operation vorzunehmen, um die Teile, die im Verlaufe der ersten Operation tuberkulös infiziert worden waren, gründlich zu entfernen. Als dies geschehen war, erfolgte schnelle Heilung.

Fall 5. Kehlkopftuberkulose, welche Kehlkopfkrebs vortäuschte, bei einem 70jährigen Manne.

In diesem, bisher nicht veröffentlichten Falle war der Patient seit nahezu einem Jahre heiser gewesen, ohne dass irgendwelche sonstigen Symptome bestanden hätten. Sein Hausarzt hatte zunächst einfache Kongestion des linken Stimmbandes konstatiert, später aber gefunden, dass sich aus dieser Rötung eine unregelmässige, wenig prominente, bucklige, rötlich-weisse Geschwulst entwickelt hatte, welche die ganze Länge des linken Stimmbandes einnahm (Fig. 6). Er diagnostizierte dieselbe sofort als bösartig und konsultierte mich. Ich stimmte um so mehr mit seiner Diagnose überein, als ich deutliche Trägheit in den Bewegungen des linken Stimmbandes fand. Zeichen irgendwelcher Lungenerkrankung fehlten vollständig. Am 4. Dezember 1905 nahm ich in Gegenwart von Dr. Lermoyez (Paris) die Thyreotomie vor.

Die Operation bot nicht die geringsten Schwierigkeiten und war tatsächlich fast blutlos. Das linke Stimmband wurde hochgradig verdickt und vorn oberflächlich ulceriert gefunden, und wurde mit einer ausreichenden Zone des umgebenden gesunden Gewebes entfernt, wonach die Basis des in Rede stehenden Gebiets ausgekratzt wurde.

Etwa eine Stunde nach Beendigung der Operation trat eine intralaryngeale Blutung ein. Der Kehlkopf musste wieder eröffnet und die Blutung, welche sich als parenchymatös erwies, durch Kompression gestillt werden.

Während der nächsten paar Tage ging es dem Patienten leidlich, doch vollzog sich die Genesung nicht so schnell wie gewöhnlich. Dann trat Bronchialkatarrh mit sero-purulenter Sekretion ein und der Schlingakt vollzog sich mit grösserer Schwierigkeit, als dies nach der Thyreotomie der Fall zu sein pflegt. Diese Verhältnisse verschlimmerten sich allmählich, statt sich zu verbessern, und der Patient schien alle Fähigkeit verloren zu haben, sich zu erholen. Kraftloser Husten ohne Expekto-

rationsmöglichkeit wurde häufig, der geistige Zustand wechselte zwischen Somnolenz und äusserster Ruhelosigkeit und war überhaupt sehr sonderbar, der Puls wurde schwach und intermittierend, eine Woche nach der Operation war die Schwäche bis zu einem sehr besorgnisserregenden Grade gestiegen, Temperaturerhöhung trat ein, und am 10. Tage nach der Operation ging der Patient, der schon am vorhergehenden Tage das Bewusstsein verloren hatte, an allgemeiner Entkräftung zugrunde. Erst nach seinem Tode erfuhr ich, dass er ein excessiver Trinker gewesen war.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein sehr unerwartetes Resultat. Mr. Shattock berichtete, wie folgt: „Es liegt kein Carcinom vor; die Läsion ist typisch tuberkulös. Der Grund des Geschwürs besteht aus tuberkulösem Gewebe, welches typische Riesenzellensysteme enthält, und unter dem intakten Epithelium liegt ein tuberkulöses Infiltrat, welches bis zu dem unmittelbar anstossenden Teil des Muskels reicht. Das Epithel über dem infiltrierten Bezirk weist deutliche Wucherung nach unten auf; nirgends aber ist ein Anzeichen von Krebs zu entdecken. Man muss deshalb die Läsion als rein tuberkulös ansehen."

Ich muss bekennen, dass Mr. Shattock's Erwartung, nämlich dass dieses Ergebnis mich überraschen würde, durchaus gerechtfertigt war. Bis zu dem Augenblicke, in welchem ich seinen Bericht erhielt, und das mikroskopische Präparat selbst sah, war mir niemals der leiseste Zweifel aufgestiegen, dass es sich um etwas anderes als eine bösartige Erkrankung hätte handeln können.

Vom diagnostischen Standpunkte aus ist der Fall sehr wichtig, da er lehrt, dass selbst im Falle eines sehr alten Patienten ohne jede Lungenstörung oder konstitutionelle Zeichen von Tuberkulose und mit anscheinend typischen Erscheinungen von bösartiger Erkrankung im Kehlkopf der Arzt weise tun wird, nicht eine gar zu bestimmte Meinung auf das blosse laryngoskopische Bild hin auszusprechen! — Auch der Tatsache, dass in diesem Falle die Beweglichkeit des Stimmbandes gelitten hatte, wird man sich als einer auch bei Tuberkulose vorkommenden Möglichkeit zu erinnern haben.

Fall 6. Tuberkulöser Tumor in der vorderen Kommissur der Stimmbänder, eine bösartige Neubildung vortäuschend[1]).

Der 57jährige Patient wurde mir im März 1893 von einem bekannten englischen Laryngologen in der Provinz mit der Diagnose: „Kehlkopfkrebs" zugesandt. Eine rötliche, leicht gebuckelte Geschwulst nahm die Gegenden oberhalb und unterhalb der vorderen Kommissur der Stimmbänder ein. Die kleinere Portion befand sich oberhalb, die grössere unterhalb der Glottis, beide hingen aber miteinander zusammen. (Fig. 7.) Das einzige Symptom war leichte Heiserkeit. Brustsymptome waren nicht vorhanden und nichts deutete auf Tuberkulose hin. Die Geschwulst war von einem früheren Beobachter für unschuldig gehalten

1) Bisher unveröffentlicht.

worden; der Kollege aber, der mir den Kranken geschickt und ihn längere Zeit unter Beobachtung gehabt hatte, war fest von ihrer Bösartigkeit überzeugt. Ich selbst war zweifelhaft und wünschte ein Fragment von innen behufs mikroskopischer Untersuchung zu entnehmen, der Patient selbst aber bestand auf sofortiger äusserer Radikaloperation. Dieselbe wurde demgemäss sogleich*) vorgenommen und die Geschwulst in üblicher Weise zugleich mit den vorderen Enden beider Stimmbänder entfernt, worauf die Basis gründlich ausgekratzt wurde.

Zu meinem Erstaunen lautete auch in diesem Falle der Bericht über die histologische Struktur der Geschwulst völlig verschieden von dem, was wir erwartet hatten, wie man aus der folgenden Schilderung Mr. Shattocks ersehen wird: „Die Läsion besteht aus einem leidlich umschriebenen Knoten von entzündlichem Gewebe, welcher die typischen Charaktere einer tuberkulösen Neubildung zeigt, und Herde von endothelialen Zellen einschliesst, unter denen typische multinucleäre Riesenzellen auftreten. Diese Herde sind voneinander durch Plasmazellen und Lymphocyten getrennt.“

In diesem Falle war die Nachbehandlung äusserst langwierig, da tuberkulöse Infektion der Wunde erfolgte, und die kleine Oeffnung sich lange Zeit nicht ganz schliessen wollte. Während dieser Zeit wurden zahlreiche Bazillen im Sputum gefunden, während der Patient vorher überhaupt keine Expektoration gehabt hatte. Schliesslich schloss sich der Sinus nach wiederholter Auskratzung des offen gebliebenen Fistelgangs und nach Applikation von reiner Milchsäure, der Patient gewann eine überraschend gute Stimme zurück und ist gegenwärtig ganz gesund.

Fall 7. Leukom eines Stimmbandes, Kehlkopfkrebs vortäuschend[1]).

Da die in der Anmerkung genannte Arbeit in diesem Bande abgedruckt ist und sich in ihr eine genügende Beschreibung dieses Falles findet, wird auf letztere (S. 327, 328) verwiesen. Der laryngoskopische Befund ist in Fig. 8 dargestellt.

Fall 8. Epitheliom des linken Morgagni'schen Ventrikels, zuerst irrtümlich für ein Papillom gehalten[2]).

Der 52jährige Patient konsultierte mich im April 1886 wegen vollständiger Aphonie. Leichte Heiserkeit hatte ungefähr ein Jahr früher begonnen und allmählich zugenommen, bis schliesslich, einige Wochen ehe er mich konsultierte, vollständige Stimmlosigkeit eingetreten war. Andere Symptome waren nicht vorhanden. Bei der laryngoskopischen

---

*) Im Originaltext ist durch ein Versehen gesagt: „Im März **1903**“.

1) Dieser Fall ist in meiner Arbeit: „Zur Frage der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen etc.“, Archiv für Laryng. Bd. 6, H. 3, kurz beschrieben.

2) Dies ist der wohlbekannte Fall des verstorbenen Mr. Montagu Williams, K. C., der im 20. Bande der Verhandlungen der Clinical Society of London ausführlich mitgeteilt worden ist.

Untersuchung zeigte sich, dass fast das ganze linke Stimmband in eine unregelmässige, längliche, grauweisse warzige Geschwulst ungefähr von der Länge und Form einer kleinen Bohne eingebettet zu sein schien. Anscheinend war die Geschwulstbildung auf das Stimmband selbst beschränkt. (Fig. 9a.) Die Beweglichkeit des linken Giessbeckenknorpels war wohlerhalten, und der Rest des Kehlkopfs war normal. Die Geschwulst schien bei erster Besichtigung zweifellos ein einfaches Papillom zu sein und dieser Glaube schien weitere Bestätigung in der wohlerhaltenen Beweglichkeit des linken Giessbeckenknorpels zu finden. Auch die intralaryngeale Entfernung eines Theiles der Geschwulst schien diese Diagnose noch weiter zu bekräftigen, da das von Mr. Shattock und mir selbst untersuchte Fragment die Characteristica eines einfachen Papilloms aufwies. Trotz alledem konnte ich ein gewisses Gefühl nicht loswerden, dass die Neubildung doch bösartiger Natur sei und beschloss, ein anderes Fragment mikroskopisch untersuchen zu lassen, ehe ich mich an die intralaryngeale Entfernung der ganzen Masse machte. Diese Vorsicht erwies sich als nur zu wohl begründet, denn die Untersuchung des zweiten *) von mir intralaryngeal entfernten Fragmentes durch Mr. Shattock zeigte die unzweifelhaften Charaktere eines verhornenden Plattenepithelkrebses. Der Kranke entschloss sich, eine Radikaloperation von dem verstorbenen Prof. Eugen Hahn vornehmen zu lassen und der letztere entfernte die linke Hälfte des Kehlkopfs am 1. Mai 1886; wobei sich herausstellte, dass sich allerdings eine Geschwulst in diesem Teile befand, dass dieselbe aber nicht, wie es die laryngoskopische Untersuchung hatte glauben lassen, vom linken Stimmbande, sondern vom linken Morgagni'schen Ventrikel ausging, und dass sie einfach dem linken Stimmbande, welches sich als ganz gesund erwies, auflagerte und dasselbe bedeckte! — Der Tumor ging mit einem breiten, aber deutlichen Stiel (Fig. 9b) vom hinteren Teil des Ventrikels aus. — Der Kranke machte eine gute Reconvalescenz durch, seine Stimme erstarkte genügend, um es ihm möglich zu machen, noch sieben Jahre nach der Operation die angreifende Tätigkeit eines Polizeirichters ausüben zu können, und er erlag schliesslich einer chronischen Nephritis, ohne dass je ein Recidiv seines Kehlkopfleidens erfolgt wäre.

Fall 9. Von der linken arytaeno-epiglottischen Falte ausgehendes Epitheliom, das ursprünglich unter dem Bilde eines Angioms auftrat[1]).

---

*) Hier fehlen im Original die Worte: „nur fünf Tage später".

1) Dieser Fall ist ursprünglich von Mr. Shattock und mir unter dem Titel: „Anomalous Tumour of the Larynx" in den Transactions of the Pathological Society of London 1891 beschrieben worden. — Die weitere Geschichte des Falles ist unter dem Titel „Sequel to a case of Anomalous Tumour of de Larynx" in den Verhandlungen derselben Gesellschaft vom Jahre 1894, und eine sich hieran anschliessende Controverse unter dem Titel; „On the Alleged Special Liability of Benign Laryngeal Growths to undergo Malignant Degeneration after Intralaryngeal Operation" im New York Medical Journal vom Juni und August 1894 veröffentlicht worden.

Dieser Fall ist in der vorstehenden Arbeit: „Ueber Blutgerinnsel, welche Neubildungen des Kehlkopfs vortäuschen“, ausführlich mitgeteilt. Er ist der erste der dort berichteten Fälle (vgl. S. 276). Indem ich bezüglich seiner Beschreibung auf die dort berichtete Krankengeschichte verweise, bemerke ich hier nur, dass der Kehlkopfbefund durch Fig. 10 illustriert wird.

Fall 10. Papillom, welches den ganzen hinteren Teil des rechten Stimmbandes und die Innenseite des rechten Giessbeckenknorpels bei einem 50jährigen Herrn bedeckte, und welches irrtümlich für bösartig angesehen wurde[1]).

Vgl. bezüglich dieses Falles seine Beschreibung in der vorstehenden Arbeit, S. 348. Der laryngoskopische Befund ist in Fig. 11 wiedergegeben.

Fall 11. Epitheliom des Kehlkopfs, in der Form eines schneeweissen, scharfspitzigen „Rasens“ auftretend[2]).

Der Patient war ein etwa 40jähriger Mann, in dessen Falle eine Neubildung, die für ein Papillom gehalten worden war, kurze Zeit nach ihrer intralaryngealen Entfernung schnell und üppig wieder gewuchert war. Beinahe die ganze linke Hälfte des Kehlkopfs war von einem kurzgeschorenen, schneeweissen, papillomatösen „Rasen“ eingenommen, der anscheinend vom linken Stimmband ausgehend auf das linke Taschenband, den linken Giessbeckenknorpel und die linke arytaeno-epiglottische Falte übergegriffen hatte (Fig. 12). Eine erneute mikroskopische Untersuchung der ursprünglichen Geschwulst, welche für ein Papillom erklärt worden war, zeigte, dass dieselbe einen teilweise epitheliomatösen Charakter getragen hatte. —

Fall 12. Granulom, welches in der Narbe entstand, welche der Entfernung eines Epithelioms des rechten Stimmbandes folgte*).

Dies ist ein äusserst lehrreicher Fall. Ich hatte im Juni 1907 die Weichteile fast der ganzen rechten Kehlkopfhälfte eines etwa 50jährigen Herrn wegen mikroskopisch sicher gestellten Epithelioms des rechten Stimmbandes entfernt, und der Patient war schnell genesen. Kaum drei Monate später aber wurde während meiner Abwesenheit auf einer längeren Ferienreise ein rötlicher Tumor entdeckt, der von der Narbe im Kehlkopf ausging. Statt denselben intralaryngeal entfernen und mikroskopisch auf seinen Charakter hin untersuchen zu lassen, bestand der Hausarzt darauf, dass der Kehlkopf von neuem eröffnet und der Tumor

1) Dieser Fall ist in meinem Vortrag: On the Operative Treatment of Malignant Disease of the Larynx (British Medical Journal, 31. Oktober 1903) beschrieben und in einem weiteren vor der Medical Society of London am 28. Januar 1907 gehaltenen Vortrag: Some Points in the Diagnosis and Treatment of Laryngeal Cancer (Brit. Med. Journal 2. Febr. 1907) in seinem weiteren Verlaufe geschildert worden.

2) Dies ist der in der „Sammelforschung“ des Internationalen Centralblatts für Laryngologie, Bd. V. 1889, S. 205 kurz beschriebene Fall.

*) Bisher unveröffentlicht.

und seine Umgebung entfernt werden solle. Dies geschah und das anscheinende Recidiv stellte sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein harmloses Granulom heraus. —

Kurz nach meiner Rückkehr sah ich den Kranken wieder und konstatierte, dass sich eine neue Geschwulst genau in der Mitte der Narbe entwickelt hatte (Fig. 13). Sie war rot, etwas unregelmässig und nahezu kuglig, liess sich leicht mit der Zange entfernen, und erwies sich wiederum als ein einfaches Granulom. Die Wunde heilte schnell, keine weitere Neubildung fand statt und der Patient ist seither völlig wohl geblieben.

Der Fall lehrt von neuem den wichtigen Grundsatz, dass, falls sich ein Tumor in der durch die Entfernung einer bösartigen Kehlkopfgeschwulst gesetzten Narbe bildet, man denselben nicht ohne Weiteres als Recidiv der ursprünglichen Neubildung ansprechen darf, sondern dass man ihn zunächst mittelst intralaryngealer Operation entfernen soll, wobei man in der Majorität der Fälle finden wird, dass es sich um ein einfaches Granulom gehandelt hat, und wonach die interne Narbe definitiv heilen wird, ohne weitere Ursache zur Beunruhigung zu geben.

Fall 13. Entzündetes Papillom bei einem über 60jährigen Herrn, welches das Bild eines Epithelioms des Larynx vortäuschte.

Dieser bisher nicht veröffentlichte Fall lehrt beredter als Worte dies vermögen, die Notwendigkeit, sich nicht kopfüber in eine gewagte Diagnose zu stürzen.

Der Patient ist einer der grössten lebenden Gelehrten und mein persönlicher intimer Freund. Seine öffentliche Tätigkeit besteht grossenteils im Halten von Vorträgen und seine Stimme hat stets einen gewissen „schnarrenden" Ton getragen. Er konsultierte mich am 5. November 1907 mit der Klage, dass seine Stimme in letzter Zeit sehr heiser geworden sei. Bei der Untersuchung fand ich nicht nur isolierte Kongestion des linken Stimmbandes, sondern einen deutlichen unregelmässigen, rötlichen, gebuckelten Auswuchs auf demselben (Fig. 14a). Die Beweglichkeit des affizierten Stimmbandes war normal. Da der Patient ein Mann von über 60 Jahren ist, so hegte ich natürlich ernste Befürchtungen wegen möglicher Bösartigkeit, sagte ihm aber, dass es unmöglich sei, sofort eine bestimmte Diagnose zu stellen, verordnete vierzehntägige strenge Stimmruhe und gab ihm innerlich Jodkalium.

Statt der gehofften Besserung trat im Laufe der nächsten Woche erhebliche Verschlimmerung ein, wie man dies in Fig. 14b sieht. Das linke Stimmband, das anfänglich nur mässig gerötet gewesen war, wurde dunkelrot, sah stark entzündet aus, und die Neubildung auf ihm vergrösserte sich rapide. Auf meinen Wunsch sah der Patient Mr. Butlin, der ebenfalls die Natur der Geschwulst für sehr verdächtig hielt, jedoch in Anbetracht der freien Beweglichkeit des Stimmbandes, auf die auch ich meine Hoffnung gesetzt hatte, riet, noch ein weniger länger mit der Schweigekur fortzufahren, ehe die Thyreotomie vorgenommen würde.

Wie weise dieser Rat war, zeigte sich bald. Einen Monat später hatte die Grösse der Geschwulst sich beträchtlich verringert, und der letztbeschriebene Zustand des Stimmbandes selbst war fast ganz zurückgegangen. Allmählich verkleinerte sich die Geschwulst bis zu winziger Grösse, wie Fig. 14c dies zeigt. Der Zustand wurde dann stationär und der Patient gewann seine etwas schnarrende Stimme für nahezu ein Jahr zurück, nach welcher Zeit ein Recidiv sämtlicher beschriebener Erscheinungen erfolgte, das unter vollständiger Stimmruhe wiederum zurückgegangen ist.

Offenbar hatte die kleine Geschwulst schon seit Jahren in ihrer gegenwärtigen Situation bestanden, hatte sich aus einem oder dem anderen Grund entzündet und zeitweise die in Fig. 14b illustrierten Erscheinungen dargeboten, und war dann wieder in Folge der vollständigen Stimmruhe zu ihrer früheren Grösse zurückgekehrt.

Wie schon erwähnt, illustriert der Fall die Rätlichkeit ruhiger Beobachtung gegenüber der Vornahme einer übereilten Operation, falls die Umstände des Sitzes der Geschwulst etc. ein solches Abwarten ermöglichen.

Ich hoffe, dass ich durch diesen Bericht der Schwierigkeiten und Irrtümer, welche sich in meiner eigenen Praxis ereignet haben, nicht in den Herzen einiger meiner jüngeren Kollegen das Gefühl grossgezogen habe, dass die Diagnose des Kehlkopfkrebses eine verzweifelt schwierige Sache sei. Gewiss ist sie das gelegentlich, wie meine Erfahrungen zeigen! — Aber zum Troste mag ich sagen, dass diese dreizehn Fälle*) die Summe meiner Beobachtungen repräsentieren, in welchen wirkliche und ernstliche diagnostische Schwierigkeiten vorhanden waren, und wenn man demgegenüber erwägt, dass die Gesamtzahl meiner Beobachtungen von Kehlkopfkrebs sich auf 246 beläuft, so sieht man, dass der Prozentsatz ausnahmsweiser Schwierigkeiten nur ein kleiner ist. In der grossen Mehrzahl der Fälle wird man finden, dass die Zeichen, die ich im Jahre 1888 angab, vertrauenswerte Führer bei der Diagnose sind, und die exceptionellen Fälle, in denen sie versagen, dürfen uns nicht vor ihrer allgemeinen Verwendung abschrecken!

*) Hier hätte ich sicherlich die Worte: „soweit ich mich erinnere" hinzufügen sollen, denn ich habe seitdem noch zwei weitere Fälle gefunden (vgl. pp. 326 und 348 dieses Bandes), in denen ich diagnostische Irrtümer begangen habe. (Zusatz bei der Uebersetzung 1911. F. S.)

Teil II.

Aufsätze vermischten Inhalts.

VII.

Ueber die wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen von akuten septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses, die bisher als akutes Kehlkopfödem, ödematöse Laryngitis, Erysipelas des Pharynx und Larynx, Phlegmone des Pharynx und Larynx und Angina Ludovici beschrieben worden sind*).

Nur mit beträchtlicher Zögerung wage ich die folgende Arbeit dem Urteil der Royal Medical and Chirurgical Society zu unterbreiten. Ihre These — nämlich dass die verschiedenen Formen akuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses, welche bisher unter den Namen: akutes Kehlkopfödem, ödematöse Laryngitis, Phlegmone des Pharynx und Larynx, Erysipelas des Pharynx und Larynx und Ludwig'sche Angina beschrieben worden sind, aller Wahrscheinlichkeit nach pathologisch identisch sind und nur verschiedene Abstufungen von Schwere eines und desselben, durch die Invasion des inneren und äusseren Halses seitens verschiedener pathogener Mikroorganismen bedingten Prozesses darstellen — ist eine weitreichende, und niemand kann sich klarer bewusst sein, als ich es bin, dass dieselbe im gegenwärtigen Augenblicke nur durch ein harmonisches Zusammenwirken klinischer, pathologischer und bakteriologischer Zeugnisse bewiesen werden kann.

Nun muss ich gleich im Eingange meiner Erörterung bekennen, dass mein Material, obwohl wie ich glaube vom klinischen Gesichtspunkte aus bemerkenswert vollständig, einigermassen mangelhaft in pathologisch-anatomischer Beziehung ist, und dass mein bakteriologisches Beweismaterial, so weit meine persönliche Erfahrung betroffen ist, leider durch vollständige Abwesenheit glänzt. Unter diesen Umständen liegt die Frage so nahe, warum ich nicht, ehe ich meine Ideen dieser Gesellschaft unterbreitete, gewartet hätte, bis ich meine Beweisgründe von allen Gesichtspunkten

*) Veröffentlicht in den „Medico-Chirurgical Transactions" Vol. 78, 1895, unter dem Titel „On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck, hitherto described as acute oedema of the larynx, oedematous laryngitis, erysipelas of the pharynx and larynx, phlegmon of the pharynx and larynx and angina Ludovici.

vervollständigt hätte, dass mir um so mehr daran liegt, sie etwas ausführlicher zu beantworten, ehe ich auf mein eigentliches Thema eingehe, als ich hoffen darf, hierdurch unfreundliche Kritik bis zu einem gewissen Grade zu entwaffnen.

Lassen Sie mich also an erster Stelle sagen, dass die Affektionen, welche die folgende Arbeit behandelt, besonders ihre schwereren Formen, glücklicherweise so selten sind, dass wahrscheinlich niemals ein einzelner Beobachter, selbst wenn er sich aussergewöhnlicher Gelegenheiten erfreut, ein wirklich grosses Material zusammenbringen wird, und dass oft, selbst in einer grossen spezialistischen Praxis, Jahre vergehen, ohne dass ein einziger Fall dieser Art zu Beobachtung kommt. Tatsächlich habe ich während einer fast zwanzigjährigen spezialistischen Hospital- und Privatpraxis im ganzen nur 14 Fälle akuter infektiöser Entzündungen des Pharynx und Larynx zu Gesichte bekommen. Und doch ist dies Material, so klein es jemandem vorkommen mag, der die Literatur des Gegenstandes nicht studiert hat, wie ich glaube, ein ganz ausnahmsweise grosses, soweit die Erfahrung eines einzelnen Beobachters in Frage kommt.

Zweitens darf ich wohl behaupten, dass ich den Horazischen Ratschlag: „Nonum prematur in annum“ beherzigt habe und nicht in unpassender Eile zur Veröffentlichung meiner Ansichten geschritten bin. Der allererste Fall dieser Art, den ich sah — dies war im Jahre 1882, d. h. vor vollen 13 Jahren — regte in mir sofort die Frage an, ob die gegenwärtige Klassifikation der verschiedenen Formen akuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses wissenschaftlich haltbar sei. In jedem weiteren Falle, der unter meine Beobachtung kam, habe ich mein Möglichstes getan, eine bakteriologische Untersuchung vornehmen zu lassen, aber nur in einem einzigen Falle, dem letzten, den ich gesehen habe, wurde mir diese Gelegenheit geboten. Ich hatte elf Jahre auf sie zu warten, und dann war das aus ihr erzielte Ergebniss leider ein völlig negatives. Seitdem sind zwei Jahre vergangen, ohne dass ein neuer Fall dieser Art zu meiner Beobachtung gekommen wäre. Unter solchen Umständen ist es klar, dass es nichts nutzt, noch länger zu warten. Vielleicht mögen wiederum viele Jahre vergehen, ehe ich die Gelegenheit habe, einen anderen Fall dieser Art zu sehen, und dann könnte — selbst vorausgesetzt, dass ich glücklich genug wäre, Erlaubnis zu einer bakteriologischen Untersuchung zu erhalten — ihr Resultat wiederum ein negatives sein, während inzwischen mehrfache Fälle dieser Art durch die Hände anderer Beobachter gehen mögen, welche vielleicht nicht daran denken würden, die interessante Frage, auf welche ich die Aufmerksamkeit zu lenken wünsche, zu studieren, wenn keine Anregung hierzu erfolgte.

Aber abgesehen von diesen mehr negativen Argumenten kann ich auch einige positive Gründe beibringen, welche mein gegenwärtiges Unternehmen rechtfertigen dürfte. So klein mein klinisches Material auch vom blossen Zahlenstandpunkt ist, so ist es doch, wie bereits

erwähnt, durch eine glückliche Fügung so merkwürdig vollständig, dass ich vom klinischen Gesichtspunkt allein hoffen darf, dass mir der Nachweis gelingen wird, dass meine Ideen über die ganze Frage mehr sind, als in der Luft schwebende Spekulationen.

Ferner ist, während meine eigenen bakteriologischen Forschungen misslungen sind, ein anderer Beobachter, Dr. Jordan in Heidelberg, glücklicher gewesen, und ich werde in der Lage sein, am Ende dieser Arbeit durch Zitate seiner Resultate und Angaben zu zeigen, dass meine Anschauungen über die Frage tatsächlich eine Anwendung der gegenwärtig allgemein gehegten Ansichten bakteriologischer Autoritäten auf die besonderen Formen der septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses repräsentieren.

Und endlich sei es mir gestattet zu sagen, dass während meine eigenen Neigungen sich durchaus in der Richtung bewegen, dass neue Anschauungen, wenn möglich, auf Grundlage wohlgesicherter und einwandfreier Tatsachen etabliert werden sollten, doch der Wert einer fördernden Hypothese — einer „working hypothesis", wie sie Professor Huxley hübsch genannt hat — nicht unterschätzt werden darf. Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass die Gedanken über die wahrscheinliche Identität der verschiedenen akuten infektiösen Entzündungen des inneren und äusseren Halses, welche ich die Ehre haben werde, der Gesellschaft vorzulegen, von späteren Beobachtern gründlich nachgeprüft werden, und dass ihre Richtigkeit noch voller begründet werden wird, als dies mit dem mir gegenwärtig zu Gebote stehenden Material möglich ist.

Nachdem ich somit, wie ich hoffe, mein Unternehmen gerechtfertigt habe, will ich sofort in medias res gehen, und damit anfangen, an der Hand einiger neueren ganz beliebig herausgegriffener Aeusserungen kompetenter Beobachter die Konfusion zu zeigen, welche gegenwärtig in der Nomenklatur der verschiedenen Formen akuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses herrscht.

v. Ziemssen[1]) adoptiert Bouillaud's Terminologie, indem er mit dem Namen „Laryngitis phlegmonosa" alle jene Entzündungen des Kehlkopfs bezeichnet, welche hauptsächlich das submuköse Bindegewebe betreffen, ohne indessen ausschliesslich auf dasselbe beschränkt zu sein. Die Nebentitel dieses Kapitels lauten „Oedema Laryngis. Abscessus Laryngis" und er fügt hinzu, dass er, um seine Beschreibung zu „vereinfachen", in dasselbe auch diejenigen Formen von Kehlkopfödem aufgenommen habe, welche nichtentzündlichen Ursprungs seien. Daher finden wir in dem von der Aetiologie handelnden Abschnitt solche heterogenen Ursachen angeführt, wie: Schleimhautentzündungen, Diphtherie, chemische und thermische Reize, Verbrennungen und Verbrühungen, mechanische Insulte, Perichondritis, akute Infektionskrankheiten (Pyämie, Septikämie, ulcerative Endocarditis, Typhus, Pocken, Scharlachfieber, Masern, Erysipelas), ferner

1) Enzyklopädie der speziellen Pathologie und Therapie. Englische Ausgabe. 1876. Vol. IV, 1. p. 311 et seq.

akute und chronische Nephritis, Malariakachexie, amyloide Degeneration der Nieren, Herzaffektionen, Emphysem und Cirrhose der Lungen, Kompression der Halsgefässe durch Geschwülste der Schilddrüse, Vergrösserung der Lymph- und Speicheldrüsen, Tumoren des Halses, Aortenaneurysma etc.

Sir Morell Mackenzie[1]) adoptiert eine ähnliche Anordnung. Er gibt jedoch seinem bezüglichen Kapitel den Titel: „Oedematöse Laryngitis" mit den Synonymen: „Laryngitis phlegmonosa. Laryngitis submucosa purulenta" und trennt von ihm vollständig die erysipelatöse Form, welche in einem eigenen Kapitel als: „Erysipel des Pharynx und Larynx" beschrieben wird. Die Unterscheidung zwischen den entzündlichen und nicht entzündlichen Formen des Kehlkopfödems ist in Sir Morell's Werk noch weniger streng gezogen, als in dem v. Ziemssen'schen Kapitel, doch gebührt ihm warme Anerkennung dafür, dass er als der Erste den Glauben ausgesprochen hat[2]), dass in fast allen Fällen von sogenannter „einfacher Entzündung" die Krankheit auf eine Blutvergiftung zurückgeführt werden muss.

Eine sehr verschiedene Einteilung wird von J. Solis-Cohen[3]) beliebt. Dieser Autor widmet der „Phlegmonösen Laryngitis", der „Erysipelatösen Laryngitis" und dem „Kehlkopfödem" je ein eigenes Kapitel, und gibt ausdrücklich an, dass die phlegmonöse Laryngitis, obwohl oft von Erscheinungen von Oedem begleitet, doch einerseits vom serösen Kehlkopfödem und andererseits von der erysipelatösen Laryngitis unterschieden werden müsse, mit welcher sie nicht selten verwechselt würde.

In direktem Gegensatz zu dieser letztgenannten Behauptung finden wir andererseits, dass Massei[4]) in einer sehr interessanten Monographie über „Das primäre Kehlkopferysipel", welche beträchtlichen Einfluss auf die gegenwärtigen Anschauungen über diese ganze Frage ausgeübt hat, seine Ansicht folgendermassen ausspricht: „Meine anderslautende Meinung kann ich dahin zusammenfassen, dass die Kehlkopfrose oft nichts anderes ist, als der mit dem Namen „Laryngitis phlegmonosa" bezeichnete Prozess; dass diese Krankheit sowohl sporadisch wie epidemisch vorkommen kann, und dass dieselbe einen primären, selbständigen, therapeutisch nicht unbesiegbaren Prozess darstellt." — Angesichts dieser unzweideutigen Angabe ist es ziemlich verblüffend, in dem Lehrbuch desselben Autors[5]) nicht nur Unterabteilungen in „Oedem", „Epiglottitis", „Laryngitis phlegmonosa" und „Erysipelatöse Formen" zu finden, sondern die letzteren weiterhin in „Laryngitis erysipelatosa und „Primäres Erysipel des Kehlkopfs" eingeteilt zu sehen.

1) „Diseases of the Throat and Nose". 1880. Vol. I. pp. 272 u. 195.
2) Ibidem. p. 274.
3) „Diseases of the Throat and Nasal Passages". 1879. p. 433 et seq.
4) „Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfs". 1886. Deutsche Uebersetzung von Vincenz Meyer. p. 29.
5) „Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs". Deutsche Uebersetzung von Emanuel Fink. 1892. Vol. II. pp. 200—211, 237, 241.

Die Sachlage gestaltete sich aber noch komplizierter, als im Jahre 1888 Senator[1]) vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft eine Krankheit beschrieb, die er in seinen einleitenden Bemerkungen als „wenig bekannt" und am Ende seines Vortrags kurzweg als „neu"[2]) bezeichnete. Er gab derselben den Namen: „Akute infektiöse Phlegmone des Rachens" und charakterisierte sie als „eine diffuse eitrige Entzündung im tieferen Gewebe der Pharynxschleimhaut, die sich von da auf den Kehlkopf und die Drüsen fortsetzt und sekundär noch andere Organe in Mitleidenschaft zieht. Die Krankheit hat (nämlich in der Erfahrung des Verfassers) vorher ganz gesunde Personen befallen, und ohne nachweisbares ätiologisches Moment."

Der Vortrag der Senator'schen Arbeit wurde von einer lebhaften und sehr belehrenden Diskussion gefolgt[3]), in deren Verlauf der verstorbene Paul Guttmann energisch die Ansicht bestritt, dass die Krankheit eine neue sei und behauptete, dass die von Senator als Stützen seiner Anschauung zitierten Fälle leicht als zur Klasse der erysipelatösen Entzündungen der oberen Luftwege gehörig gedeutet werden könnten. Virchow erklärte, dass er im ganzen mit Guttmann's Ansichten übereinstimme und dass auch er nicht präzise die gegenseitigen Beziehungen von erysipelatösen und diffusen phlegmonösen Affektionen definieren könne. — Sonnenburg behauptete, dass solche phlegmonöse Affektionen, wie die von Senator beschriebenen, den Chirurgen längst bekannt seien. — Senator selbst aber blieb fest dabei, dass die von ihm beschriebene Krankheit absolut nichts mit dem Erysipel zu tun habe und auch wesentlich von den von Sonnenburg beschriebenen Formen von Phlegmone verschieden sei.

Ebenso wie die Massei'sche Monographie von einer Fülle von Veröffentlichungen über das Kehlkopferysipel gefolgt worden war, so wurde jetzt Senator's Mitteilung der Ausgangspunkt einer wahren Literatur über akute infektiöse Phlegmone des Pharynx, und so wurde die akute ödematöse und phlegmonöse Entzündung der oberen Luftwege, die nur 12 Jahre vorher von v. Ziemssen als mehr oder weniger zusammengehörig beschrieben worden war, nunmehr in: 1. idiopathisches oder essentielles entzündliches Kehlkopfödem, 2. Kehlkopferysipel, 3. akute infektiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx, 4. phlegmonöse Pharyn-

1) Berliner klin. Wochenschrift. 1888. No. 5. 30. Januar.

2) Britische Beobachter werden durch Prof. Senator's Beschreibung natürlich an die von dem verstorbenen Dr. Carrington und von Dr. Hale White mitgeteilten Fälle von „Phlegmonöser Pharyngitis" (Transactions of the Clinical Society of London Vol. XVIII. 1885. p. 164) erinnert werden, welche einfach Prototypen der von Prof. Senator beschriebenen Affektion darstellen. — In der Diskussion, welche ihrer Bekanntgebung in der Clinical Society folgte, brachte ich zum ersten Male die Ansichten vor, welche allmählich zu der gegenwärtigen Ansicht gereift sind. Seitdem bin ich zweimal auf die Frage zurückgekommen, einmal in der Diskussion, welche über die Frage in der Laryngologischen Sektion des X. Internationalen Medizinischen Kongresses zu Berlin im Jahre 1890 stattfand, und das zweite Mal im Internationalen Centralblatt für Laryngologie. 1893. Bd. X. S. 55.

3) Berliner klinische Wochenschrift. 1888. No. 6. S. 112 ff.

gitis aus anderen Ursachen gespalten, — ganz zu schweigen von solchen mittlerweile beschriebenen Formen, wie Strübing's angioneurotischem Oedem, und dem entzündlichen Oedem, das gelegentlich durch gewisse Arzneimittel, wie Jodpräparate, bewirkt wird. Die meisten seither veröffentlichten Lehrbücher der Laryngologie und die Diskussion über akute infektiöse Entzündungen des Rachens und Kehlkopfs in der Laryngologischen Sektion des X. Internationalen Medizinischen Kongresses[1]) (Berlin 1890) reflektieren lebhaft die hierdurch verursachte Unsicherheit und Konfusion; es ist jedoch unnötig, weitere Ansichten zu zitieren, erstens weil ich glaube, dass die soweit gegebenen Beispiele hinreichen, den gegenwärtigen unbefriedigenden Zustand der Frage zu illustrieren, und zweitens, weil ganz kürzlich ein sehr ausführlicher historischer und kritischer Rückblick über die ganze Angelegenheit von Dr. A. Kuttner (Berlin) in einer vorzüglichen Monographie: „Larynxödem und submucöse Laryngitis"[2]) gegeben worden ist, die auch in etwas abgekürzter Form in Virchow's Archiv[3]) zum Abdruck gekommen ist. Dr. Kuttner's Anschauungen über die ganze Frage sind zu meiner Freude den meinen so äusserst ähnlich, dass ich nur seine Beschreibung in anderen Worten wiederholen könnte. Ich erlaube mir daher, Interessenten auf seine Darstellung zu verweisen.

Meine eigene Aufmerksamkeit wurde in hervorragendem Grade auf die Frage durch einen Fall gelenkt, den ich im Jahre 1882 beobachtete, und der weiterhin als Fall 14 beschrieben werden wird. Obwohl ich ihn derzeit unter dem Titel: „Ein Fall von Erysipel des Kehlkopfs, Pyämie, Tod." beschrieb[4]), so war es mir doch völlig klar, wie aus meinen Schlussbemerkungen hervorgeht, dass es unmöglich war zu entscheiden, ob die Krankheit ihren Ausgangspunkt im Zellgewebe des Halses, in den Mandeln oder primär im Kehlkopf genommen hätte. Ebensowenig verschloss ich mich der Einsicht, dass der Fall von anderen Beobachtern, besonders wenn sie ihn nicht vom ersten Anfange an gesehen hätten, mit grosser Berechtigung als ein Beispiel von Angina Ludovici hätte in Anspruch genommen werden können, indem die Dyspnoë als blosses Resultat der Infiltration des Zellgewebes des Halses, und das Kehlkopfödem, falls überhaupt laryngoskopisch ermittelt, als ein einfaches Stauungsprodukt betrachtet werden konnte. Endlich sah ich klar, dass, wenn ein pathologischer Anatom die Autopsie vorgenommen hätte, ohne etwas vom klinischen Verlauf der Krankheit zu wissen, seine Diagnose leicht auf tiefsitzende Phlegmone des äusseren Halses mit Metastasen in verschiedenen Gelenken hätte lauten können.

Jedenfalls lernte ich aus diesem Falle, wie schwer es bisweilen, trotz der damals existierenden bestimmten Klassifikation der akuten

---

1) Verhandlungen des X. Internationalen Medizinischen Kongresses. Berlin 1890. Bd. IV. Abteilung XII. S. 173 ff.
2) Berlin. Georg Reimer. 1895.
3) Archiv für pathologische Anatomie etc. Bd. 139. Heft 1. 1895. S. 117 ff.
4) St. Thomas Hospital Reports. Vol. XII. 1882. p. 114.

septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses, sein konnte, in einem gegebenen Falle, wie in dem von mir beschriebenen, genau zu definieren, zu welcher der anerkannten Formen er in Wirklichkeit gehöre, und nachdem meine Aufmerksamkeit somit zu einer frühen Periode meiner Beobachtungen auf diese Frage gerichtet worden war, habe ich seither alle Fälle, die zu meiner Beobachtung gekommen sind, von einem absolut vorurteilsfreien Gesichtspunkt zu beurteilen versucht. Das Ergebnis hiervon ist die sich immer mehr und mehr befestigende Ueberzeugung gewesen, dass die verschiedenen Formen akuter septischer Entzündung des inneren und äusseren Halses, die bisher als von einander essentiell verschiedene Krankheiten betrachtet worden sind, in Wirklichkeit pathologisch identisch sind, dass sie nur in Virulenz variierende Grade eines und desselben Prozesses repräsentieren*), dass die Frage ihrer primären Lokalisation und späteren Entwicklung aller Wahrscheinlichkeit von zufälligen Kontinuitätstrennungen der schützenden Oberfläche abhängt, in welchen der pathogene Mikroorganismus, der die weiteren Ereignisse erzeugt, eine Eingangspforte findet, und dass es absolut unmöglich ist, an irgend einem Punkte eine definitive Demarkationslinie zwischen den rein lokalen und den komplizierteren, resp. zwischen den ödematösen und den purulenten Formen zu ziehen.

Ob diese Ueberzeugung — jedenfalls vom klinischen Standpunkt aus — berechtigt ist oder nicht, muss nach den folgenden kurzen Berichten der einschlägigen Fälle entschieden werden, die in den Jahren 1882—1893 unter meine Beobachtung gekommen sind. Würde ich dieselben chronologisch anordnen, so bin ich sicher, dass es schwer, wenn nicht unmöglich sein würde, zu verstehen, wie ich zu meinem Glauben gelangt bin. Wenn dieselben aber, wie dies in folgendem geschehen wird, nach dem Prinzip zunehmender Schwere mitgeteilt werden, so wird die Berechtigung meiner Anschauungsweise, wie ich denke, jedem unbefangenen Beurteiler einleuchten. Ich habe nur hinzuzufügen, dass die Tatsache, dass ich in den meisten dieser Fälle die Kranken nur ein- oder zweimal als Consiliarius sah, bedauerliche Lücken hinsichtlich wichtiger Punkte entschuldigen muss, bezüglich welcher weitere Information dringend wünschenswert ist. Die wenigen Fälle, in denen ich die Gelegenheit hatte, die Kranken eingehender zu beobachten, werden ausführlich mitgeteilt.

Fall 1. Akute ödematöse Entzündung des Gaumens und Rachens. Genesung. — Baron B., Sekretär der russischen Botschaft in Paris, konsultierte mich am 27. August 1882 mit der Klage über

*) Hier hätte ich hinzufügen sollen: „der nicht durch einen einzelnen spezifischen Mikroorganismus, sondern durch verschiedene Mitglieder der Gruppe der pyogenen Bakterien verursacht werden kann“.

wiederholte Schüttelfröste, allgemeines Krankheitsgefühl, starke Schlingbeschwerden und heftige Schmerzen im Halse. Er war seit einigen Tagen in Behandlung von Dr. Forsbrook gewesen, der ödematöse Entzündung des Halses diagnostiziert und ihm Aconit und salinische Abführmittel gegeben hatte. Im Anfange der Krankheit hatte er starkes Fieber gehabt. — Als ich ihn sah, ging es ihm bereits besser, obwohl noch immer sehr beträchtliche ödematöse Entzündung des Gaumens und Rachens vorhanden war, welche sich nach unten bis zum Beginn der arytaeno-epiglottischen Falten erstreckte, sonderbar genug aber letztere nicht ergriffen hatte. Der Kehlkopf war völlig normal. Die Lymphdrüsen des Halses waren nicht vergrössert, die Temperatur normal. Puls 80, schwach. Ich gab ihm Chinin, Eispillen und Eisumschläge. Die ödematöse Entzündung verschwand innerhalb weniger Tage.

Fall 2. Akute isolierte ödematöse Entzündung der Epiglottis. Genesung. Ich hatte Herrn O. S., 43 Jahre alt, im März 1882 wegen eines leichten Bronchialkatarrhs behandelt und hatte festgestellt, dass sein Pharynx und Larynx völlig normal waren, als er, zwei Tage nach seinem letzten Besuche, wegen heftiger Schlingbeschwerden, die sich ohne bekannte Veranlassung im Laufe der beiden letzten Tage entwickelt hatten, am 31. März mich wieder aufsuchte. Der Beginn der Krankheit war mit leichtem Frösteln verbunden, wonach die Temperatur gestiegen war. Der Patient fühlte sich sehr krank und deprimiert. Bei der Untersuchung fand sich kolossales isoliertes Oedem der Epiglottis. Dieselbe war mindestens viermal so dick, wie sie vorher gewesen war, hochrot, glatt und glänzend. Der Rest des Kehlkopfs und der Rachen waren normal, die Cervicaldrüsen nicht vergrössert, keine Dyspnoë, Stimme normal. Der Puls betrug 106, klein, leicht komprimierbar; Temperatur 38,1. Es konnte absolut keine Ursache für den Anfall ermittelt werden. Ich verordnete Eis innerlich und äusserlich, Chinin, Bettruhe und kalte und flüssige Diät. Am nächsten Tage war deutliche Verminderung des Oedems zu konstatieren, und die Dysphagie war geringer. Zwei Tage später waren die Verhältnisse fast zur Norm zurückgekehrt. Seither habe ich den Patienten nicht wiedergesehen.

Fall 3. Akute ödematöse Entzündung der hinteren Kehlkopfwand mit leichter Infiltration der linken Seite des äusseren Halses. Genesung. — Mrs. Mc S., 52 Jahre alt, wurde mir am 21. Juni 1884 von Mr. Johnson Smith (Greenwich) zugesandt. Sie war 5—6 Tage vorher mit Frösteln, Fieber, Halsschmerzen und leichter äusserer Schwellung des Halses unter dem Winkel des linken Unterkiefers erkrankt. Kurz darauf hatten sich Schlingbeschwerden eingestellt. Dyspnoë war nicht vorhanden gewesen, und nur ein leichter Grad von Heiserkeit. Schon ehe sie mich sah, war Besserung eingetreten. Bei Gelegenheit ihres Besuchs war ihre Temperatur normal, der Puls 82, sehr schwach. Die Schleimhaut über den Giesbecken-

knorpeln, im Interarytänoidraum und auf der ösophagealen Seite der Ringknorpelplatte war leicht infiltriert. Der Hals war nicht empfindlich auf Druck, und die äussere Infiltration an der linken Seite war nicht mehr nachweisbar. Unter Bromkalium und dem innerlichen und äusserlichen Gebrauche von Eis erfolgte binnen wenigen Tagen Genesung.

Fall 4. Akute ödematöse Tonsillitis, Pharyngitis und Epiglottitis. Genesung. — Am 13. März 1888 ersuchte mich mein Freund und Kollege, Dr. Bristowe, mit ihm einen seiner Verwandten, Mr. S. B., 26 Jahre alt, zu sehen, der fünf Tage vorher mit Schüttelfrost, gefolgt von Temperatursteigerung und Halsschmerzen, besonders an der rechten Seite, erkrankt war. Der Patient war, wie er selbst spontan angab, den Ausdünstungen von Strassenabzügen ausgesetzt gewesen. In den ersten Tagen der Krankheit hatte die Temperatur durchschnittlich 39,5 betragen. Dann war eine Besserung eingetreten. Seit dem 10. März aber hatten sich die Halsschmerzen verschlimmert, und er war fast vollständig ausserstande gewesen, Nahrung zu sich zu nehmen. In der Nacht vor der Konsultation waren Atembeschwerden aufgetreten, gefolgt von grosser Stimmschwäche und äusserst quälender schleimig-eitriger Sekretion aus dem Halse, die nur mit grosser Schwierigkeit entfernt werden konnte. Bei der Untersuchung zeigte sich die rechte Hälfte des Pharynx einschliesslich der Tonsille sehr stark geschwollen, ödematös und bläulich rot. Die linke Hälfte mit Einschluss der Uvula war weniger verdickt, aber doch auch etwas geschwollen und gerötet. Die Epiglottis war stark ödematös, bedeutend vergrössert, hochrot gefärbt und ganz starr. Vom Innern des Kehlkopfs war nur zu ermitteln, dass dasselbe mit schleimig-eitrigem Sekret erfüllt war. Der äussere Hals war weder sichtbar geschwollen, noch liess sich eine Infiltration durch Palpierung nachweisen. Dagegen war bei Druck auf die rechte Seite des Halses nahe dem Kehlkopf einige Empfindlichkeit vorhanden, dieselbe war aber nicht gross. Die Zunge war mit einem dicken weissen Belag bedeckt. Das Gesicht sah sehr fieberisch aus und trug gleichzeitig einen apathischen Ausdruck. Die Temperatur war 38,4, der Puls 120, schwach, leicht komprimierbar. Kein Husten, keine Affektion des Herzens oder der Lunge. Der Patient war bei vollem Bewusstsein.

Dr. Bristowe stimmte mir zu, dass die Krankheit septischen Ursprungs sei. Eis innerlich und äusserlich, Chinin, kalte flüssige Nahrung etc. wurden verordnet.

Am nächsten Tage ging es dem Patienten viel besser. Die Temperatur betrug 37,5, der Puls 86. Er konnte weit leichter schlucken. Die Schwellung im Rachen hatte bedeutend abgenommen und hatte ihre bläuliche Verfärbung verloren. Auch das Oedem der Epiglottis hatte sich beträchtlich verkleinert. Unter Fortsetzung derselben Behandlung genas der Patient ohne weitere Zwischenfälle in wenigen Tagen.

Fall 5. Akute ödematöse Entzündung der Epiglottis und der linken Kehlkopfhälfte sowie leichte Infiltration der linken Hälfte des äusseren Halses bei einem Diabetiker. Genesung.

Am 25. Dezember 1887 wurde ich von Dr. Milson gebeten, mit ihm Mr. P., einen 47jährigen Herrn, zu sehen, der an Diabetes, Gicht und Albuminurie gelitten hatte. Derselbe war syphilitisch gewesen und es lag ein Verdacht auf Nierensteine vor. Am 23. und 24. Dezember hatte der Patient ohne bekannte Veranlassung (die Drainage seines Hauses war angeblich in gutem Zustande) mehrere Schüttelfröste gehabt, die von Fieber, Schmerzen in der linken Halshälfte dicht am Kehlkopf, Schlingbeschwerden und seit dem Morgen des 25. Dez. auch von Heiserkeit gefolgt waren. Atemnot war nicht vorhanden, dagegen war die bei ihm gewöhnliche Quantität von Eiweiss im Harn vermehrt. Im Laufe des 25. Dez. nahmen die Beschwerden zu, und als ich den Patienten um 5 Uhr nachmittags sah, war seine Temperatur 39,0, der Puls 116, hart und resistent. Das Herz und die Lungen waren normal. In der Nachbarschaft des linken Kieferwinkels fand sich einige Infiltration; diese Gegend war auf Druck schmerzhaft. Der Rachen war normal, die Epiglottis stark gerötet und ebenso wie das linke Taschenband und der linke Arytaenoidknorpel stark geschwollen und leicht ödematös. Die Bewegungen der Stimmbänder waren normal. Eis innerlich und äusserlich und Chinin wurden verschrieben.

Als ich den Kranken am 27. Dez. wiedersah, hörte ich, dass unter dieser Behandlung in den beiden vorhergehenden Tagen Besserung erfolgt war. Am 27. Dez. war die Temperatur normal, der Puls 84. Die äussere Infiltration war fast verschwunden, die Schwellung im Kehlkopf bedeutend geringer. Am 28. Dez. aber traten von neuem plötzlicher Schmerz im Halse und Dysphagie auf, welche etwa $1\frac{1}{2}$ Stunden anhielten und dann verschwanden. Als ich den Kranken um $5\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags sah, war nichts Abnormes im Halse oder aussen zu finden, aber die Temperatur war 38,5 und der Puls 96. Am nächsten Tage war alles wieder normal und der Patient erholte sich vollständig.

Einige Tage später erhielt ich einen Brief von ihm, in welchem er mir in Bestätigung meines Verdachtes — ich hatte den bestimmten Glauben ausgesprochen, dass er septischen Einflüssen ausgesetzt gewesen sei — mitteilte, dass eine Untersuchung des Hauses, in dem sein neues Geschäftslokal gelegen war, die Tatsache aufgedeckt hatte, dass die Drainageröhre unter ihm einen alten gemauerten Tonnenfilter darstellte, und eine beträchtliche Quantität von Kot enthielt, der direkt aus dem Abzugskanal dorthin gelangt war. Diese Röhre hatte Oeffnungen und Rattenlöcher im Keller, von dem aus eine in einem Gehäuse befindliche Regenwasserröhre durch sein Zimmer verlief. Das Gehäuse bildete eine vollständige Leitung für den Luftstrom, wozu noch kam, dass im anstossenden Zimmer sich ein Kotrohr für ein Watercloset befand. Er benachrichtigte mich ausserdem, dass er diese Räume nur wenige Tage

vor dem Beginn seiner Halskrankheit bezogen hatte. — Es verdient dabei bemerkt zu werden, dass der Patient selbst ein sehr bekannter Architekt war.

Fall 6. Linksseitige Tonsillitis; linksseitige ödematöse Entzündung des Pharynx; entzündliches Oedem der Epiglottis und der ganzen linken Kehlkopfhälfte; bretthharte Infiltration der linken Hälfte des äusseren Halses. Genesung. — Am 2. Dezember 1887 wurde ich von Mr. Argles ersucht, mit ihm eine 30 jährige Dame, Mrs. W., zu sehen, die sich früher stets der besten Gesundheit erfreut hatte, aber seit etwa einer Woche an Halsschmerzen litt. Nach Mr. Argles' Angabe hatte es sich im Anfange des Anfalls unzweifelhaft um eine linksseitige Tonsillitis gehandelt. Fast eine Woche hindurch hatten anscheinende Verbesserungen und Verschlimmerungen mit einander abgewechselt. Am Abend des der Konsultation vorhergehenden Tages aber waren die Schmerzen, die bis dahin in der Gegend der linken Tonsille lokalisiert worden waren, und die Dysphagie, die auf dieselbe Nachbarschaft bezogen worden war, plötzlich tiefer bis in das Niveau des Kehlkopfs gewandert, und gleichzeitig war eine bretthharte Infiltration der ganzen linken Hälfte des äusseren Halses vom Kieferwinkel bis zum linken Schlüsselbein herab aufgetreten. Soweit ermittelt werden konnte, war weder Frösteln noch Schüttelfrost erfolgt, die Patientin war aber die ganze Zeit hindurch fieberisch gewesen, und am Morgen des 2. Dezembers betrug die Temperatur 37,9, der Puls war 120, weich und leicht komprimierbar. Die Drainage des Hauses war angeblich in vorzüglichem Zustande. Die Frage, ob die Patientin kurz vor dem Beginne des Anfalls eine äussere oder innere Verletzung erlitten habe, wurde verneinend beantwortet.

Bei der Untersuchung zeigte sich die ganze linke Hälfte des Pharynx stark geschwollen und gerötet, aber nirgendwo ulceriert; die Intensität der Entzündung nahm nach unten hin zu. Die Epiglottis war enorm geschwollen, ödematös, hochrot und glänzend. Das Innere des Kehlkopfs war in Folge dieser Schwellung nicht sichtbar. Die Stimme war etwas heiser, Dyspnoë nicht vorhanden. Die Dysphagie war sehr beträchtlich; die infiltrierten Teile des äusseren Halses waren im Ganzen wenig druckempfindlich, am meisten in der unmittelbaren Nachbarschaft des Kehlkopfs. Lungen und Herz gesund, kein Anzeichen anderer Komplikationen. Eispillen, äusserlich Eiswasser mittels Leiter'scher Röhren, Chinin in Dosen von 0,3 vierstündlich; ernährende Diät.

Unter dieser Behandlung nahm die innere und äussere Schwellung im Laufe der nächsten paar Tage etwas ab, und keine Metastase irgendwelcher Art trat auf. Die Temperatur fing an abzufallen; am Abend des ersten Tages nach der Konsultation betrug sie 37,8, der Puls 104. Am Morgen des zweiten Tages war die Temperatur 37,0, am Abend 38,5, der Puls 92.

Am Morgen des 4. Dezembers waren die Schlingbeschwerden geringer. Keine Dyspnoë, aber leichter Husten. Temperatur 37,2, Puls 102. Die

Infiltration erstreckte sich jetzt nur bis zur Hälfte der Trachea abwärts, und war daher weniger ausgedehnt als sie es am 2. Dez. gewesen war; auch ihre Härte hatte abgenommen. Die Epiglottis war noch immer sehr geschwollen, aber doch nicht mehr so wie am 2. Dez.; auch war sie nicht mehr so gerötet. Temperatur am Abend 37,9.

Am 5. Dez. war weitere Verbesserung eingetreten; die Temperatur betrug am Morgen 36,8, der Puls war 96. Die äussere Infiltration hatte sich beträchtlich verkleinert und war kaum noch druckempfindlich. Die Patientin konnte besser schlucken, und der Husten, der am vorhergehenden Tage störend gewesen war, hatte sich auch verringert. Die Epiglottis war wiederum weniger geschwollen und gerötet. Am Abend aber stieg die Temperatur aufs neue auf 38,5, und der Husten wurde quälender. Ueber der ganzen Brust waren einige Rhonchi hörbar.

Am Morgen des 6. Dez. war die Temperatur 37,3, der Puls 96. Die äussere Infiltration war unverändert, innen hatte die Schwellung der Epiglottis rechterseits ein wenig abgenommen, links war sie unverändert. Die Abendtemperatur war 37,0.

Am Abend des 7. Dez. war die Temperatur 36,8, der Puls 92. Die Patientin fühlte sich wohl. Die äussere Infiltration hatte weiter abgenommen. Der Pharynx sah ganz normal aus. Die Tumefaktion der Epiglottis hatte sich nunmehr auch auf der linken Seite verringert, und es war jetzt endlich möglich, das Kehlkopfinnere selbst zu sehen, wobei sich zeigte, dass die ganze linke Hälfte des Organs sehr geschwollen war. Die Dysphagie hatte beträchtlich abgenommen, der Husten war noch störend, aber anscheinend doch weniger, als am vorhergehenden Tage. Die Patientin hatte gut geschlafen. Eine Jodkaliumsalbe zum Einreiben in die linke Seite des Halses wurde verschrieben.

Am 8. Dez. war sehr bedeutende Besserung eingetreten. Die Temperatur war völlig normal geworden, der Puls war 84, seine Qualität gut. Die äussere Infiltration hatte sehr beträchtlich abgenommen. Die Patientin hatte gut geschlafen und klagte weder über Schmerzen, noch über Husten oder Schlingbeschwerden. Die Epiglottis war wiederum weniger geschwollen, ihre linke Hälfte aber, und der linke Giessbeckenknorpel waren noch immer ödematös, wenn auch etwas weniger, als am vorhergehenden Tage.

Weitere Verbesserung war am 10. Dez. zu konstatieren. Die Temperatur war seit dem 8. Dez. normal geblieben. Der Puls war 80, von guter Beschaffenheit. Aeusserlich war nur ein geringer Rest der Infiltration korrespondierend den Grenzen des Schildknorpels zu fühlen. Die Epiglottis war jetzt auf ihre normalen Dimensionen zurückgekehrt; die Schleimhaut über dem linken Arytaenoidknorpel noch stark infiltriert, aber ganz blass. Die Patientin stand an diesem Tage auf.

Am 15. Dez. war die äussere Schwellung gänzlich verschwunden. Der linke Giessbeckenknorpel war noch immer etwas ödematös. An diesem Tage wurde ermittelt, dass in Folge eines Defekts in der Drainage das

Kloakenwasser von den Ställen, die hinter dem Hause lagen, sich direkt in das Haus selbst ergoss.

Am 20. Dez. sah ich die Patientin zum letzten Male. Das letzte Ueberbleibsel des Oedems war noch eben am linken Giessbeckenknorpel sichtbar; in allen anderen Beziehungen aber war sie vollständig wohl.

Der Urin wurde während der ganzen Krankheit untersucht; bei keiner Gelegenheit aber war Eiweiss oder Zucker in ihm gefunden worden.

Fall 7. Akute ödematöse Entzündung der hinteren Kehlkopfwand. Doppelseitige Herdpneumonie. Leichte Pericarditis. Genesung. — Am 29. April 1892 telegraphierte mir Dr. Arthur Farr, ich solle sofort mit ihm Mrs. J., eine etwa 70 jährige Dame sehen, die am Abend vorher in anscheinend guter Gesundheit zu Bett gegangen, am nächsten Morgen um 6 Uhr aber mit heftiger Atemnot erwacht war, die schnell so bedeutend zunahm, dass das mir um 11½ Uhr gesandte Telegramm mich aufforderte, zur Tracheotomie bereit zu sein. Bei meiner Ankunft fand ich die Patientin aufrecht im Bette sitzend und mit einiger, aber nicht excessiver Mühe atmend. Der Stridor war gering und die Stimme ganz normal. Ich wurde informiert, dass sie einen ähnlichen, nur nicht so schlimmen Anfall vor einigen Jahren gehabt habe. Diesmal sei die Atemnot viel stärker gewesen, habe aber im Laufe der letzten beiden Stunden bereits etwas abgenommen. Bei der Untersuchung fand ich den Rachen völlig normal, die Stimmbänder stark gerötet, ihre hinteren Enden dicht aneinander gelagert, so dass nur ein kleiner elliptischer Spalt für die Passage der Luft übrig blieb, die hintere Kehlkopfwand war stark ödematös. Rapide Auf- und Abbewegungen des Kehlkopfs, keine äussere Schwellung, keine Empfindlichkeit auf Druck, keine Dysphagie. Puls 130, sehr schwach und leicht komprimierbar. Dr. Farr, der mittlerweile angekommen war, stimmte mit mir darin überein, dass die Tracheotomie für den Augenblick nicht erforderlich sei. Chinin und Eis innerlich und äusserlich mittels Applikation einer Leiter'schen Röhre wurden verordnet.

Bei einer weiteren Konsultation um 3 Uhr Nachmittag an demselben Tage war der Zustand des Rachens und des Kehlkopfs fast völlig unverändert. Die Dyspnoë hatte nicht zugenommen, der Puls war noch immer 130, und sehr schwach und klein, während die Temperatur, die man seit dem Morgen dreimal gemessen hatte, stets normal oder leicht subnormal gefunden worden war. Zur rechten Seite des Sternum, im dritten Interkostalraum fand sich ein kleiner Focus, oberhalb dessen deutliches, feines, krepitierendes Rasseln zu hören war, und über der Stelle des Spitzenstosses hörte man leichtes pericardiales Reibegeräusch. Ich sprach meine Ueberzeugung dahin aus, dass eine septische Entzündung vorläge und dass die Prognose ernst sei.

30. April. Die Patientin hat eine gute Nacht gehabt, und atmet heute entschieden leichter. Der Kehlkopf ist noch gerötet, aber das Oedem hat bedeutend abgenommen. Die Entzündung der rechten Lunge

hat sich beträchtlich ausgedehnt, und betrifft zur Zeit der Untersuchung den ganzen oberen Teil des rechten Oberlappens, während nunmehr auch über der Basis der linken Lunge bronchiales Atmen hörbar ist. Kein Anzeichen von Pleuritis, keine hochgradigen Atembeschwerden; die Anzahl der Respirationen betrug 32 per Minute. Die Temperatur war in allmählichem Ansteigen begriffen, und betrug zur Zeit der Konsultation 38,0, Puls etwa 120. Das pericardiale Reibegeräusch über der Spitze war nur sehr undeutlich hörbar und hatte sich nicht an Umfang ausgedehnt. Kein Albumen und kein Zucker im Urin, aber Ueberschuss von Phosphaten.

Am folgenden Tage hatte ich einen Brief des Inhalts von Dr. Farr, dass die physikalischen Zeichen über der Brust sich etwas gebessert hätten, dass die Anzahl der Respirationen 30, der Puls 110, von guter Beschaffenheit, und die Temperatur 38,0 sei. Keine Klage mehr über den Hals. — Später hörte ich von Dr. Farr, dass die Patientin völlig genesen sei.

Fall 8. Akute ödematöse Entzündung der Epiglottis und der Giessbeckenknorpel (? eitrige Infiltration). Doppelseitige Herdpneumonie. Rechtsseitige Pleuritis. Genesung.

Am 5. Mai 1892 schickte Dr. Henry C. Martin in grosser Eile zu mir: ich möchte sofort kommen und ein junges, $14^1/_2$ Jahre altes Mädchen, Miss L., mit ihm sehen. Bei meiner Ankunft gab er mir folgende Geschichte der Krankheit: Das junge Mädchen war mit seinen Eltern auf dem Lande gewesen und hatte dort vor 14 Tagen einen Rachenkatarrh mit hoher Temperatur gehabt, wie ein solcher derzeit beinahe epidemisch in ihrer Familie zu sein schien. Sie war indessen vollständig von ihm genesen und war Tags zuvor zur Stadt gekommen, um eine Kindergesellschaft mitzumachen. Während derselben fühlte sie sich recht unwohl. Bei der Rückfahrt hatte sie einen Anfall von Frösteln im Wagen und fühlte sich nachher sehr kalt. Am nächsten Morgen waren heftige Schmerzen und grosse Schwierigkeit beim Schlucken, Heiserkeit und allmählicher Stimmverlust, sowie zunehmende Atemnot vorhanden. Um 11 Uhr vormittags war die Temperatur 40,0, um 12 Uhr 40,5. Nunmehr schickte Dr. Martin nach mir. Bei meiner Ankunft fand ich die Patientin im Bett, mit sehr geringem Stridor, beschleunigter Atmung (36), Puls zwischen 120—130, regelmässig und kräftig. Vollständige Aphonie, beträchtliche Schmerzen im Halse, Druckempfindlichkeit über dem Kehlkopf, aber keine harte Infiltration. Pharynx normal, Epiglottis enorm geschwollen und ödematös, lebhaft rot. Arytaenoidknorpel ähnlich geschwollen. Die Stimmbänder waren nicht zu Gesicht zu bekommen, man sah aber genug vom Glottisraum, um schliessen zu können, dass keine Notwendigkeit für sofortige Tracheotomie vorlag. Die Brust- und Bauchorgane waren ganz normal. Ich diagnostizierte eine septische Entzündung und bereitete auf weitere Komplikationen vor. Eine Leiter'sche Röhre mit Eiswasser wurde um den Hals gelegt, Chinin 0,4 alle vier

Stunden, und Bromkalium 1,0 alternierend, ebenfalls alle vier Stunden verschrieben. Um $6^3/_4$ Uhr abends, als wir die Patientin wiedersahen, war die Temperatur allmählich auf 39,0 heruntergegangen; der Kehlkopf war nicht so stark geschwollen, aber äusserlich sehr empfindlich, besonders an der linken Seite; im 3. Interkostalraum rechts, dicht am Sternum, wurde eine sehr beschränkte Stelle gefunden, über der etwas verlängerte scharfe Exspiration hörbar war. Im übrigen war die Brust normal.

Am 5. Mai hörte ich von Dr. Martin, als ich mit ihm am Krankenbett zusammentraf, dass die Patientin eine im ganzen gute Nacht gehabt und zeitweise länger geschlafen hatte. Die Atmung war entschieden besser. Sie hatte sich nach dem Einnehmen des Chinins mehrere Male erbrochen, und das Mittel war daher während der Nacht nur in halben Dosen gegeben worden. Die Zunge war stark belegt, die Stimme ein wenig kräftiger als am Tage vorher, die Dyspnoë entschieden verringert. Etwa 22 Atemzüge per Minute, die Temperatur 38,5. Der Urin enthielt weder Eiweiss noch Zucker. Stuhlgang war nicht erfolgt. Keine Schmerzen in der Brust. — Bei der Untersuchung zeigte sich der Kehlkopf weniger geschwollen, als am vorhergehenden Tage, aber die Umgebung der Arytaenoidknorpel war in Eiter gebadet, und der Atem fötid. Bei der Untersuchung der Brust war das bronchiale Atemgeräusch an der Stelle vorn, wo es Tags vorher bemerkt worden war, deutlicher ausgeprägt. Ausserdem bestand leichte Dämpfung über der linken Lungenspitze und beträchtliche Dämpfung über beiden Lungenbasen mit sehr vermindertem Lufteintritt.

Um 11 Uhr vormittags erfolgte ein heftiger Schüttelfrost, gefolgt von einer Temperatursteigerung auf 40,0. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen in der Magengrube. Dr. Martin verordnete Calomel 0,1, und ein Klystier von Terpenthin und Grütze. Am Abend stieg die Temperatur auf 40,5.

Um 6,45 Uhr abends fand eine Konsultation zwischen Sir William Broadbent, Dr. Martin und mir statt. Die Schwellung des Kehlkopfs hatte mittlerweile wieder beträchtlich abgenommen und die äussere Empfindlichkeit war ebenfalls entschieden geringer. Die Respiration war aber auf 34 gestiegen, der Puls war 124 und die Patientin, die nunmehr über Schmerzen in der ganzen Brust klagte, war merkbar schwächer. Vorn war über der oben angegebenen Stelle lautes bronchiales Exspirium und im 2. Interkostalraum rechts eine umschriebene Stelle zu konstatieren, über der pleuritisches Reibegeräusch zu hören war. Hinten nahm das Inspirationsgeräusch unterhalb der Schulterblattwinkel auf beiden Seiten allmählich an Intensität ab. Ausserdem war rechts von der Scapula abwärts deutliches Bronchialatmen und Krepitation hörbar, während links eine umschriebene, ebenso charakterisierte Stelle gerade unterhalb des Schulterblattwinkels zu konstatieren war. Wir stimmten sämtlich darin überein, dass sich Herdpneumonie entwickelt habe, und dass die Prognose

ernst sei. Es wurde beschlossen, mit dem Chinin fortzufahren, falls notwendig: per rectum, und die Patientin alle 3 Stunden Brin'schen Sauerstoff einatmen zu lassen. Auch Stimulantia (geeister Champagner) sollten, so oft notwendig, gereicht werden. — Es war mittlerweile zweimal Stuhlgang erfolgt.

6. Mai, 8 Uhr früh. Die Temperatur war während der Nacht allmählich auf 37,2 gefallen. Puls 96, schwach, aber regelmässig. Die Patientin hatte eine leidliche Nacht gehabt, klagte aber über Schmerzen vorn auf der Brust und über beiden Lungenbasen. Sie fühlte sich ziemlich schwach, hatte aber reichlich Milch, Medizin und Stimulantia zu sich genommen. Bei der Untersuchung zeigte sich der Kehlkopf so bedeutend gebessert, dass die Leiter'sche Röhre mit Eiswasser weggelassen werden konnte. Die Stimme, die schon am vorhergehenden Abend etwas wiedergekehrt war, war nunmehr nur leicht heiser, dagegen waren leichte Halsschmerzen, für die am vorhergehenden Tage mit Erfolg Cocainpastillen (0,006 pro Pastille) gegeben worden waren, noch immer nicht ganz verschwunden. Aussen war der Kehlkopf noch ein klein wenig empfindlich auf Druck. Bei der Untersuchung der Lungen fand sich hinten, und zwar mehr auf der rechten Seite, ausgesprochene Verdichtung über beiden Basen von den Schulterblätterwinkeln abwärts. Vorn war Reiben und gelegentliches Krepitieren im 3. Interkostalraum rechts nahe dem Sternum, und dasselbe links in einem ganz kleinen Bezirk über dem Herzen, dicht neben dem Sternum, zu hören. Im ganzen aber sah die Lage der Dinge entschieden günstiger aus. Wir beschlossen, mit dem Chinin und den Stimulantien fortzufahren und, wenn nötig, alle drei Stunden heisse Breiumschläge hinten über dem Thorax zu machen.

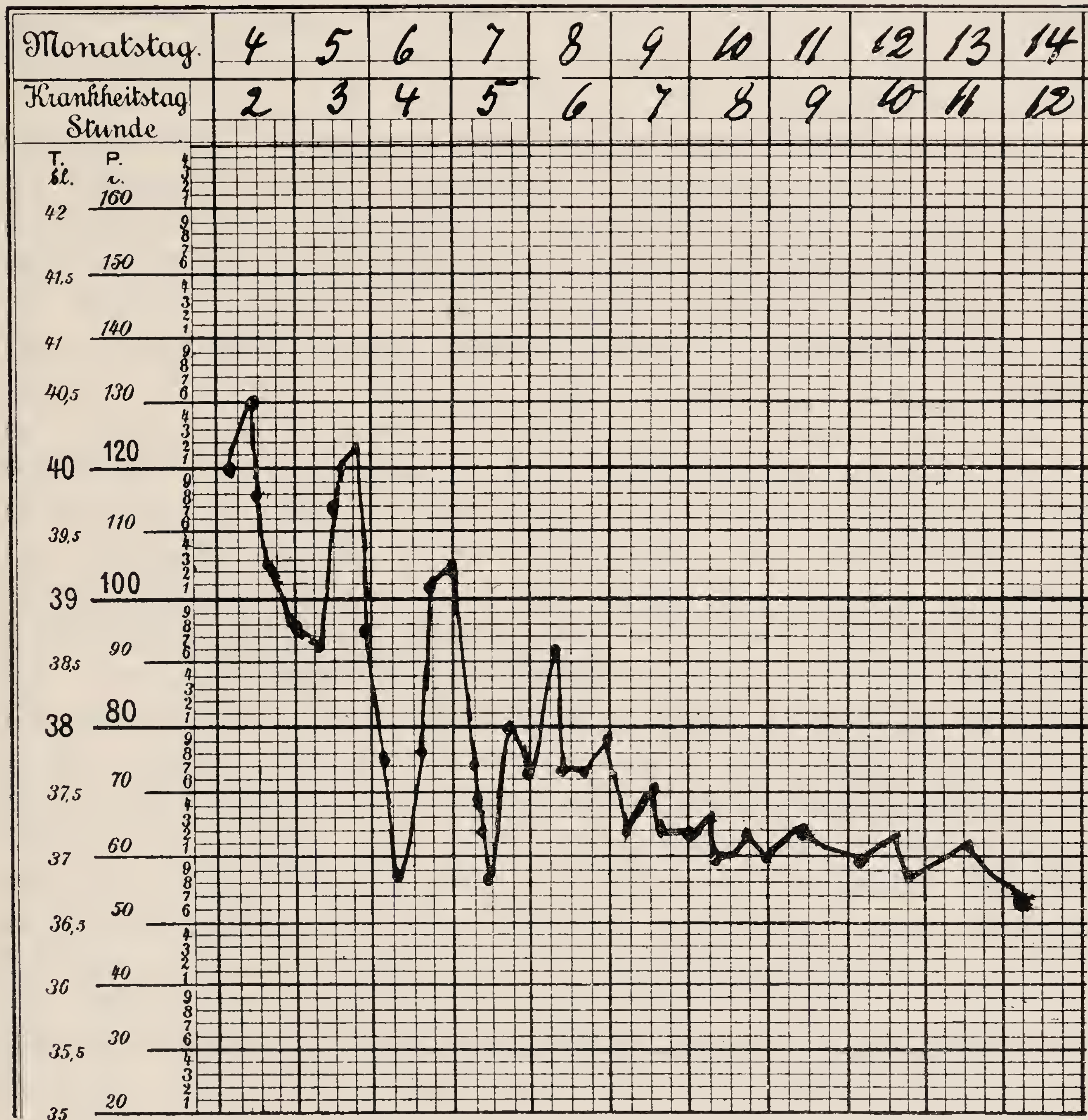
6,45 Uhr abends. Die Temperatur ist im Laufe des Tages wieder auf 38,9 und der Puls auf 114 gestiegen, ohne dass ein weiterer Schüttelfrost aufgetreten wäre. Die Patientin fühlt sich im ganzen leidlich, klagt aber über gelegentliche Schmerzen über der Brust. Die Stimme ist fast normal, die leichte Schmerzhaftigkeit im Halse noch vorhanden, die Epiglottis noch immer etwas geschwollen, besonders auf der linken Seite, die Giessbeckenknorpel viel weniger geschwollen. Stimmbänder normal, ihre Bewegungen ungehindert. Druck auf den Kehlkopf noch immer etwas schmerzhaft, aber beträchtlich weniger als früher. Die physikalischen Zeichen im Brustkorb gegen den Morgen fast völlig unverändert. Die Patientin beginnt von Chinineffekten zu leiden, und jede zweite Dose wird auf die Hälfte reduziert.

10. Mai. Im Laufe der letzten vier Tage ist nichts von Bedeutung zu notieren, ausgenommen, dass am Sonnabend Morgen eine Spur von Albumen im Urin auftrat, die jedoch bald verschwand, und durch eine grosse Quantität von Phosphaten ersetzt wurde. Die Temperatur ist in den Nachmittagen stets etwas gestiegen (vgl. die folgende Temperaturkurve), ist aber im gangen stetig herabgegangen. Die Lungenkongestion klärt sich mit bemerkenswerter Schnelligkeit auf. Am Sonntag Morgen

schien ein leichter Erguss in die rechte Pleura vorhanden zu sein, aber auch dieser ist unter Jodkali- und Chiningebrauch in raschem Verschwinden begriffen. Der Kehlkopf ist de facto normal, nirgendwo sind Schmerzen vorhanden und das Kind fühlt sich viel wohler.

Kurve I.

1 Monat Mai 1892.



11. Mai. Während der beiden letzten Tage ist wiederum stetige Besserung zu verzeichnen gewesen; die Temperatur ist stetig gefallen und hat heute die Normale erreicht, und die Verdichtung der Lungenbasen klärt sich weiter auf. Gegenwärtig ist die rechte Basis fast normal und nur das Inspirium über der linken Basis ist noch etwas schwach. Der Hals ist völlig normal. Gestern wurde über leichte Schmerzen im linken Schultergelenk geklagt, dieselben sind aber heute früh völlig verschwunden. Linkerseits ist der Kehlkopf noch immer ein klein wenig auf Druck empfindlich. Es wurde eine Jod-Jodkaliumsalbe (1 : 3) behufs Einreibung über dem empfindlichen Teil verordnet und verabredet, dass,

wenn die Temperatur dauernd völlig normal geworden sei, die Patientin ein Tonicum, bestehend aus Eisen, Arsenik, Strychnin und Glycerinum Pepsini acidum nehmen solle.

Dies war das letzte Mal, dass ich die Patientin sah. Späterhin hörte ich von Dr. Martin, dass vollständige Genesung erfolgt sei.

Fall 9. Akutes entzündliches Oedem der Epiglottis und arytaeno-epiglottischen Falten einer vorübergehenden Entzündung des Pharynx folgend. Epileptiforme Konvulsionen. Ataxische Atmung. Bretth arte Induration des äusseren Halses. Eiweiss und Zucker im Urin. Delirium. Tod.

Mein nächster Fall hat ein besonderes und sehr melancholisches Interesse für diese Gesellschaft, da der Patient eines ihrer eigenen Mitglieder, nämlich mein verstorbener Kollege, Mr. Francis Mason, F. R. C. S., war. Bei der Beschreibung dieses Falles folge ich teilweise dem von Dr. Ord und Dr. Buzzard in der „Lancet“ vom 12. Juni 1886 gegebenen Bericht, teilweise meinen eigenen derzeit genommenen Notizen.

Mr. Mason, der zur Zeit seines Todes nur 48 Jahre alt war, und der mit Ausnahme häufiger Anfälle von Tonsillitis sich bemerkenswert guter Gesundheit erfreute, hatte am Nachmittag des 1. Juni 1886 an einer Versammlung des Lehrkörpers des St. Thomas - Hospitals teilgenommen, bei der ich zufällig sein Nachbar war. Er sagte mir bei dieser Gelegenheit, dass er sich niemals in seinem Leben wohler gefühlt habe. Am selben Abend aber klagte er über Halsschmerzen. Die Nacht war leidlich, am nächsten Morgen aber fühlte er sich nicht sehr wohl und schickte zu Dr. Ord, der bei der Untersuchung einige Rötung und Schwellung im Rachen, gerade unterhalb der rechten Mandel, fand. In dem Glauben, dass wahrscheinlich ein neuer Anfall von Tonsillitis gichtischen Charakters bevorstände, gab er dem Patienten Natrium salicylicum und Bromkalium. Obwohl keine Besserung erfolgte, ging Mr. Mason seinem Berufe bis 5 Uhr nachmittags nach. Um diese Zeit aber fühlte er sich so krank, dass er nach Hause zurückkehrte und sich zu Bett legte. Es ist erwähnenswert, dass er, ehe er dies tat, seine Tracheotomieinstrumente in sein Schlafzimmer bringen liess, um im Fall der Not zur Hand zu sein. Kein Schüttelfrost signalierte den Beginn der Krankheit. Kaum aber hatte er sich zu Bett gelegt, als ein so heftiger Anfall von Atemnot erfolgte, dass der Patient glaubte, er würde ersticken. Dr. Ord, der sofort berufen wurde, fand beträchtliche Schwellung der Epiglottis und schickte nach mir. Ich traf um $8^1/_2$ Uhr ein und fand den Patienten aufrecht im Bette sitzend, das Gesicht mit kaltem Schweiss bedeckt, aber nicht cyanotisch. Er war absolut stimmlos und klagte über starke Schlingbeschwerden. Der Versuch, selbst nur kleine Quantitäten Wasser zu trinken, verursachte heftige Schmerzen im Halse, besonders rechterseits in der Höhe des Kehlkopfs. Auch litt er an einer eigentümlichen Art von Dyspnoë,

oder, besser gesagt, von „Lufthunger". Dabei war derzeit nicht der geringste laryngeale oder tracheale Stridor vorhanden. Die Temperatur war 39,5, der Puls klein, äusserst schnell, d. h. 140—150 Schläge per Minute, und leicht komprimierbar. Der Hals war rechts, nahe dem Kehlkopf, auf Druck empfindlich, eine äussere Schwellung aber war kaum zu konstatieren, und nur in beträchtlicher Tiefe wurde eine gewisse Härte von etwa 2,5 cm Länge zur rechten Seite der Luftröhre gefühlt. Im Pharynx war derzeit absolut nichts Anomales zu sehen, weder Schwellung noch Verfärbung. Die Epiglottis andererseits war in einen kolossalen, lebhaft rot gefärbten, ödematösen Tumor verwandelt, der einen Einblick in das Innere des Kehlkopfs verwehrte.

Ich sagte Dr. Ord sofort, dass ich überzeugt sei, es handle sich um Erysipelas des Kehlkopfs, und er stimmte mir bei. Ich scarificierte die Epiglottis energisch mit einem gedeckten Kehlkopfmesser und riet zur Applikation einer Leiter'schen Röhre mit einem Strome von Eiswasser, zum Schlucken von Eispillen, wenn dies möglich sei, zum Einnehmen von Chininum sulfur. 0,3, alle vier Stunden, und zur Darreichung eines Aperiens. Die Scarifikation wurde von Expektoration einer beträchtlichen Quantität dunklen Blutes gefolgt, und der Patient fühlte sich etwas erleichtert, drückte aber seine feste Ueberzeugung aus, dass seine Krankheit tödlich enden würde. Die Respiration behielt ihren eigentümlichen Charakter bei. Kurz nach der Incision war der Puls noch immer 140, die Temperatur aber fiel plötzlich auf 37,5.

Um 10 Uhr nachts war die Schwellung an der rechten Seite des Halses viel deutlicher ausgesprochen, und die Haut über ihr etwas dunkel verfärbt. Eine Nachtwache wurde eingerichtet, bei der die jüngeren Chirurgen des St. Thomas-Hospitals einander ablösten. Für einige Stunden nach der Scarificierung blieb der Patient besser, um etwa $2^1/_2$ Uhr nachts aber hörte er plötzlich auf zu atmen. Mr. Pitts, an dem die Reihe der Wache war, nahm sofort die Tracheotomie unter Umständen von aussergewöhnlicher Schwierigkeit vor. Nur die Gattin des Patienten war zur Zeit anwesend. Nach Einführung der Kanüle erfolgte ein Anfall epileptiformer Konvulsionen. Dieselben hielten nicht lange an, der Patient gewann das Bewusstsein zurück, und war augenscheinlich bedeutend erleichtert, aber sein Puls blieb sehr geschwind — er variierte oberhalb 160 Schlägen — und seine Atmung war unregelmässig und sozusagen ataxisch. Sie ähnelte wohl der Cheyne-Stokes'schen Respiration, entsprach ihr aber nicht völlig. Am nächsten Morgen erstreckte sich die dunkle Induration des Halses bereits auf beide Seiten und nahm bis zum Tode des Patienten konstant weiter zu, ohne irgendwo deutliche Zeichen von Eiterung in der Tiefe der Gewebe aufzuweisen. Die Dysphagie war am Freitag morgen so stark wie zuvor. Die Epiglottis war zu dieser Zeit bereits ein wenig abgeschwollen und die beiden Stellen, an denen sie abends zuvor scarificiert worden war, waren deutlich sichtbar. Jetzt konnte man auch sehen, dass die

arytaeno-epiglottischen Falten enorm geschwollen waren; das eigentliche Kehlkopfinnere aber war noch immer unsichtbar. Späterhin war es unmöglich, weitere laryngoskopische Untersuchungen vorzunehmen. Während des Morgens dieses Tages, Freitag des 4., nahm die Schnelligkeit des Pulses ab und derselbe wurde kräftiger; der Rhythmus der Atmung aber wurde niemals wieder ganz normal. Am Abend hörte die Besserung auf und Delirium trat ein. Frühmorgens am Sonnabend schien Mr. Mason noch einmal aufzuleben, und ein flüchtiger Beobachter hätte denken können, dass eine merkwürdige Besserung eingetreten sei: seine Stimme war ganz klar geworden, die Dysphagie war völlig verschwunden — unser armer Freund trank in Gegenwart aller seiner zur Konsultation versammelten Kollegen ein Glas Champagner, um uns zu zeigen, dass er ohne jede Schwierigkeit schlucken könne — und Druck auf den Hals war trotz der nunmehr existierenden kolossalen Schwellung ganz schmerzlos, aber selbst zu jener Zeit war sein Bewusstsein augenscheinlich nicht klar, und die Unregelmässigkeit der Atmung und der Herzaktion bestand fort. Das Aufflackern war vorübergehend und er starb um 1,50 Uhr am Sonnabend nachmittag. Die Krankheit hatte demnach vom allerersten Symptom bis zum tödlichen Ende nicht mehr als 60—70 Stunden in Anspruch genommen. Der in der Nacht zum Donnerstag untersuchte Urin zeigte sich mit Eiweiss überladen und enthielt auch viel Zucker mit gleichzeitiger Unterdrückung der Chloride. Unter dem Mikroskop sah man granuläre und hyaline Cylinder, und später einige Blutkörperchen. Es ist möglich, dass schon vorher leichte interstitielle Veränderungen in den Nieren existiert hatten, wahrscheinlich aber war der grössere Teil des Albumens und des Zuckers nur ein Resultat der Intensität des akuten septischen Anfalls. Am Sonnabend morgen hatte das Albumen sehr bedeutend abgenommen, und die Zuckerreaktion konnte kaum mehr erzielt werden. Zu keiner Zeit war irgend ein Anzeichen von Erkrankung der Lungen oder einer der serösen Häute vorhanden. Eine Autopsie fand nicht statt.

Fall 10. Akute ödematöse Entzündung des (?) Pharynx, der Epiglottis, der arytaeno-epiglottischen Falten und der Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln. Linksseitige basische Pneumonie. Tod.

Am 31. Mai 1890 ersuchte mich Dr. M. H. Neale, mit ihm eine 60jährige Dame, Mrs. A., zu sehen, welche am vorhergehenden Abend einen Schüttelfrost, gefolgt von starken Halsschmerzen, kompletter Aphagie, Heiserkeit, starker Dyspnoë, Kollaps, Diarrhoe und leichtem Delirium gehabt hatte. In allen diesen Symptomen war zur Zeit, als ich die Patientin sah, leichte Verbesserung eingetreten. Die Temperatur war nicht genommen und ebensowenig der Urin auf Eiweiss und Zucker untersucht worden. Bezüglich der Geschichte des Anfalls verdient bemerkt zu werden, dass die Patientin an dem Tage, der dem Schüttelfrost vorherging, ein Kind, das mehrere Tage vorher gestorben war, in seinem Sarge geküsst hatte.

Bei der Untersuchung um 5½ Uhr nachmittags fand sich Orthopnoë, aber keine laryngeale Dyspnoë, Cyanose der Lippen, geschwollenes Aussehen des Gesichts, stöhnende Atmung, Heiserkeit, aber keine Stimmlosigkeit, grosse Dysphagie, leichte Störung des Sensoriums. Die Temperatur war 38,2, der Puls etwa 120, äusserst unregelmässig. Der anfängliche Schüttelfrost hatte sich nicht wiederholt.

Ueberall über dem Thorax waren Rhonchi zu hören, aber keine Zeichen von Pneumonie, Pleuritis oder Pericarditis. Die Herztöne waren dumpf und unregelmässig. Die Schleimhaut des Rachens stark gerunzelt, aber nicht geschwollen. Die Epiglottis, die arytaeno-epiglottischen Falten und die Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln enorm geschwollen, dunkelrot, teilweise mit zähem, schleimig-eitrigem Sekret bedeckt. Die Stimmbänder normal, keine bedeutendere Stenose der Luftwege. Starke Empfindlichkeit auf Druck auf beiden Seiten des Halses, aber nirgendwo Infiltration.

Ich stellte eine sehr ernste Prognose und empfahl die innere und äussere Anwendung von Eis, Chinin, ernährende flüssige Diät nach vorheriger Applikation eines 20prozentigen Cocainsprays. Falls erforderlich: Tracheotomie.

Am 3. Juni erhielt ich folgenden Brief von Dr. Neale: „Mrs. A., die Patientin, die Sie mit mir am Sonnabend Nachmittag sahen, starb gestern Abend. Nach Ihrem Besuche hob sich zunächst der Puls bedeutend, und war während einiger Stunden regelmässig. Dann wurde am Sonntag die Respiration beschleunigt, und über der Basis der linken Lunge hörte man deutliches Bronchialatmen. Die Temperatur stieg nicht über 38,2. Die Halssymptome besserten sich ein wenig, und ein- oder zweimal schluckte sie am Sonntag ohne grosse Beschwerden. Das Cocain aber hatte wenig Wirkung, obwohl ich den Hals mit 15prozentiger Lösung sprühte und pinselte. Zu meinem Bedauern konnte ich den Urin nicht untersuchen. Nur sehr wenig wurde gelassen, seitdem Sie hier waren, und das stets mit Fäces. Sie war zu schwach, um den Katheter zu brauchen.“

Fall 11. Akute ödematöse Entzündung der Tonsillen, des Pharynx und des Larynx. Doppelseitige basische Pneumonie. Tod.

Dieser Fall ist von allen, den ich gesehen habe, der fürchterlichste mit Bezug auf die Schnelligkeit seines Verlaufs und seine besonderen Umstände gewesen*), und dies rechtfertigt es, wie ich glaube, dass ich etwas ausführlicher auf seine Details eingehe.

Am 5. Juni 1888 war eine Konsultation zwischen Mr. T. S. Townsend für den Nachmittag verabredet worden, die in seinem Hause stattfinden sollte. Da ich wusste, dass es sich um einen Fall von Stimmstörung bei einer Sängerin handelte, so nahm ich nur Reflektor und Kehlkopf-

---

*) Er ist es auch geblieben, obwohl ich nach Veröffentlichung dieser Arbeit noch 11 weitere Fälle gesehen habe, von denen die Mehrzahl tödlich verlief.

spiegel mit mir. Als ich in Mr. Townsend's Haus anlangte, fand ich nur die Patientin, und eine eilige Notiz von ihm, des Inhalts, dass er nicht wage, einen seiner Patienten, Sir P. M., zu verlassen, der an akuter Laryngitis leide, und bei dem, wie er fürchte, die Tracheotomie erforderlich werden würde. Er bäte mich, die Patientin zu untersuchen, und dann sofort zu dem nahe gelegenen Hause des Sir P. M. zu kommen.

Seinem Wunsche entsprechend eilte ich nach dem Hause des Patienten, als ich meine Untersuchung vollendet hatte, und fand einen kräftigen, wohlgebauten Mann von etwa 56 Jahren, an Orthopnoë leidend, in Schweiss gebadet, das Gesicht dunkel verfärbt, alle oberflächlichen Venen hervorstehend. Bei ihm waren Mr. Townsend und Mr. Arthur Durham, nach welchem ebenfalls geschickt worden war. Ich erfuhr, dass der Patient am vorhergehenden Tage in bester Gesundheit nach Eton gegangen war, um den Jahrestag des 4. Juni mit seinem Sohne zu feiern, der die dortige Schule besuchte. Er war völlig wohl zurückgekehrt, war am Morgen des 5. Juni früh mit einem heftigen Schüttelfrost erwacht, dem sofortige Temperatursteigerung folgte. Schon frühmorgens betrug die Temperatur 40,0. Kurz darauf trat rapid zunehmende Schwierigkeit im Schlingen auf, welche sich bald zu völliger Aphagie steigerte. Er hatte stark zu schwitzen begonnen und die Schweissabsonderung hatte seitdem angedauert. Um etwa 10 Uhr vormittags hatte Mr. Townsend, nach dem geschickt worden war, Tonsillitis, Kehlkopfödem auf der linken Seite und beginnende Pneumonie in beiden Basen gefunden. Zu der Zeit konnte Patient nicht einmal Wasser trinken. Die damals schon vorhandene Heiserkeit steigerte sich schnell zu völliger Aphonie. Dieser folgte wiederum Dyspnoë und um 3 Uhr nachmittags war ein schwerer Erstickungsanfall aufgetreten. Die Temperatur derzeit war 39,6. Als Mr. Durham, Mr. Townsend und ich den Patienten um 4,30 nachmittags untersuchten, war die Schwellung der linken Mandel nicht mehr zu sehen, dagegen war bläuliche*) Verfärbung des ganzen Rachens vorhanden. Der Kehlkopf, soweit sichtbar, d. h. die Epiglottis und die Arytaenoidknorpel, war ebenfalls bläulich verfärbt, kolossal ödematös und mit schaumigem Sekret bedeckt. Der Patient räusperte sich immerwährend und expektorierte teilweise rostfarbene, teilweise hämorrhagische Sputa. Aussen war der Hals auf Druck nur über der Kehlkopfregion empfindlich, nirgendwo aber war Infiltration zu fühlen. Die Herztöne waren dumpf, aber regelmässig, der Puls 80, regelmässig. Der Urin war nicht untersucht worden. Eine Untersuchung der Lungenbasen konnte wegen des bedenklichen Zustandes des Patienten derzeit nicht angestellt werden. Die Dyspnoë war um 4,30 mässig; es war einiger Stridor vorhanden, aber der Kehlkopf machte keine ausgedehnten respiratorischen Exkursionen.

*) Ich möchte hier bemerken, dass diese bläuliche Verfärbung der betroffenen Abschnitte der oberen Luftwege, die ich in den hier beschriebenen 14 Fällen nur dreimal sah (Fälle 4, 11 und 14), in meiner zweiten Serie von 11 Fällen fünfmal zur Beobachtung kam.

Wir waren sämtlich darin einig, dass eine septische Affektion vorliege, hielten aber die sofortige Vornahme der Tracheotomie nicht für indiciert, zumal in Anbetracht der jedenfalls ungünstigen Prognose. Saugen von Eispillen, warme Breiumschläge um den Hals (dies auf Mr. Durham's Wunsch), ernährende Klystiere mit Chinin, da der Patient nicht schlucken konnte, wurden verabredet. Mr. Durham verliess dann das Haus und ich war im Begriff, dasselbe zu tun, als Mr. Townsend mich bat, der Lady M., von der er wusste, dass sie der Tracheotomie prinzipiell abgeneigt war, die Sachlage auseinanderzusetzen, und sie zu ersuchen, ihm keine Schwierigkeiten zu machen, falls die Operation sich schliesslich doch als unvermeidlich herausstellen sollte. Ich willfahrte natürlich seinem Wunsche und sprach mit Lady M. in einem anstossenden Zimmer. Während unserer Unterhaltung hatte der Patient einen plötzlichen Anfall von Asphyxie, und Puls und Respiration setzten aus. Ich wurde sofort gerufen und nahm, während der Patient im Sterben lag, die Tracheotomie mit meinem Taschenmesser vor, da kein anderes Instrument zur Hand war. Es gelang mir, die Trachea schnell zu eröffnen und ich hielt die Ränder der Wunde mit Haarnadeln auseinander, welche die Töchter des Kranken, die ebenso wie seine Gattin gegenwärtig waren, aus ihren Haaren zogen und angewiesenermassen hakenförmig zurechtbogen, während Mr. Townsend inzwischen volle 15 Minuten hindurch künstliche Atmung machte, — aber alles war vergebens: der Patient war tot.

Der ganze Verlauf der Krankheit von dem anfänglichen Schüttelfrost bis zum tödlichen Ende hatte somit nicht mehr als 11 Stunden in Anspruch genommen. Eine Autopsie fand nicht statt.

Fall 12. Brettharte Infiltration des Halses Kongestion des Pharynx. Allgemeines entzündliches Oedem des Larynx. Linksseitige Pleuritis und Pneumonie. Tod.

Am 24. November 1885 sah ich mit Dr. Chepmell Mrs. S., eine 60jährige Dame, deren einziger Sohn kurz vorher in dem Sudankriege gefallen war. Ihre Gesundheit hatte seit ihrem Verluste stark gelitten, trotzdem aber brachte sie alle ihre Zeit damit zu, verwundete und kranke Soldaten, die aus dem Feldzuge heimgekehrt waren, im Militärhospital zu besuchen. Es war bekannt, dass sich unter denselben mehrere septische Fälle befanden.

Am 20. November hatte sie einen Schüttelfrost, gefolgt bald nachher von Halsschmerzen, dann von Dysphagie, und schliesslich von Dyspnoë. Als ich sie am Morgen des 24. sah, litt sie an heftiger Atemnot mit trachealem Stridor, Husten und sero-purulenter Expektoration; die Temperatur war 38,4, der Puls 120. Hochgradige Schwäche, starke Schweisse. Das Gesicht der Kranken dunkel verfärbt, das Sensorium ziemlich benommen. Der ganze äussere Hals war bretthart infiltriert, ohne aber stark verfärbt zu sein. Pharynx und Larynx lebhaft kongestioniert, der letztere überall leicht ödematös. Das Atemgeräusch über den Lungen war scharf, aber im übrigen normal; keine abnorme Dämpfung irgendwo

über dem Thorax. — Eine Leiter'sche Röhre wurde um den Hals gelegt, Eis innerlich gegeben sowie ein Expectorans; ein Croupzelt wurde über dem Bett errichtet und Nahrung und Stimulantien reichlich verabfolgt. Meine Prognose war durchaus ungünstig.

Am Abend desselben Tages war die Atmung ein wenig besser, die Temperatur aber 38,9 und der Puls 128. Die Patientin war sehr ruhelos. Chinin 0,3, alle 4 Stunden, wurde der Medikation hinzugefügt. Nach einer unruhigen Nacht war die im Rectum genommene Temperatur am Morgen des 25. Nov. 39,4, der Puls 132, sehr schwach und leicht irregulär. Die Patientin erbrach sich häufig und klagte über heftige Kopfschmerzen. Die Atmung und die Expektoration waren erleichtert, aber über der Basis der linken Lunge wurde vorn und hinten deutliche Dämpfung mit Krepitation und pleuritischem Reiben konstatiert. Offenbar ging es mit der Kranken zu Ende. Am Nachmittag hatten wir eine Konsultation mit Sir William Gull, der meine schlechte Prognose bestätigte. Die Temperatur betrug derzeit 40,0, und die Patientin war stark komatös. Der Tod erfolgte an demselben Abend. Eine Leichenuntersuchung fand nicht statt.

Fall 13. Akute ödematöse Entzündung der Epiglottis, der arytaeno-epiglottischen Falten und der Schleimhaut über den Arytaenoidknorpeln. Abscess über dem linken Arytaenoidknorpel. Brettharte Infiltration des äusseren Halses. Doppelseitige Pleuritis. Pericarditis.*) Delirium. Selbstmordversuch. Tod. — Am 11. Mai 1893 wurde ich von meinem Kollegen, Dr. Payne, dem ich für seine Erlaubnis von diesem Falle Gebrauch zu machen, sehr verbunden bin, ersucht, einen 37 jährigen Träger, T. B., aus einem von Messrs. Spiers & Ponds' Etablissements, im Arthursaal des St. Thomas Hospitals zu sehen. Derselbe war am vorhergehenden Tage wegen Enge und Schmerzhaftigkeit des Halses und völliger Aphagie, die seit 24 Stunden bestanden hatten, in das Krankenhaus aufgenommen worden. Vorher hatte er sich guter Gesundheit erfreut, und hatte nur einmal, drei Jahre früher, an einer starken Halsentzündung mit submaxillärer Schwellung gelitten, welche letztere im Westminster Hospital incidiert worden war. Seine gegenwärtige Krankheit begann am 9. Mai mit den erwähnten Symptomen. Etwa 12 Stunden später hatte er einen Anfall von Frösteln mit Verschlimmerung der Erscheinungen. Er klagte lebhaft über die schlechten Gerüche der Abfälle, die er in seiner Eigenschaft als Träger zu beseitigen hatte.

Bei seiner Aufnahme um $10\frac{1}{2}$ Uhr Abends sprach der Patient mit tiefer, rauher, metallisch klingender Stimme, hustete unaufhörlich und wies Zeichen von Obstruktion der Luftwege auf[1]). Der Rachen war

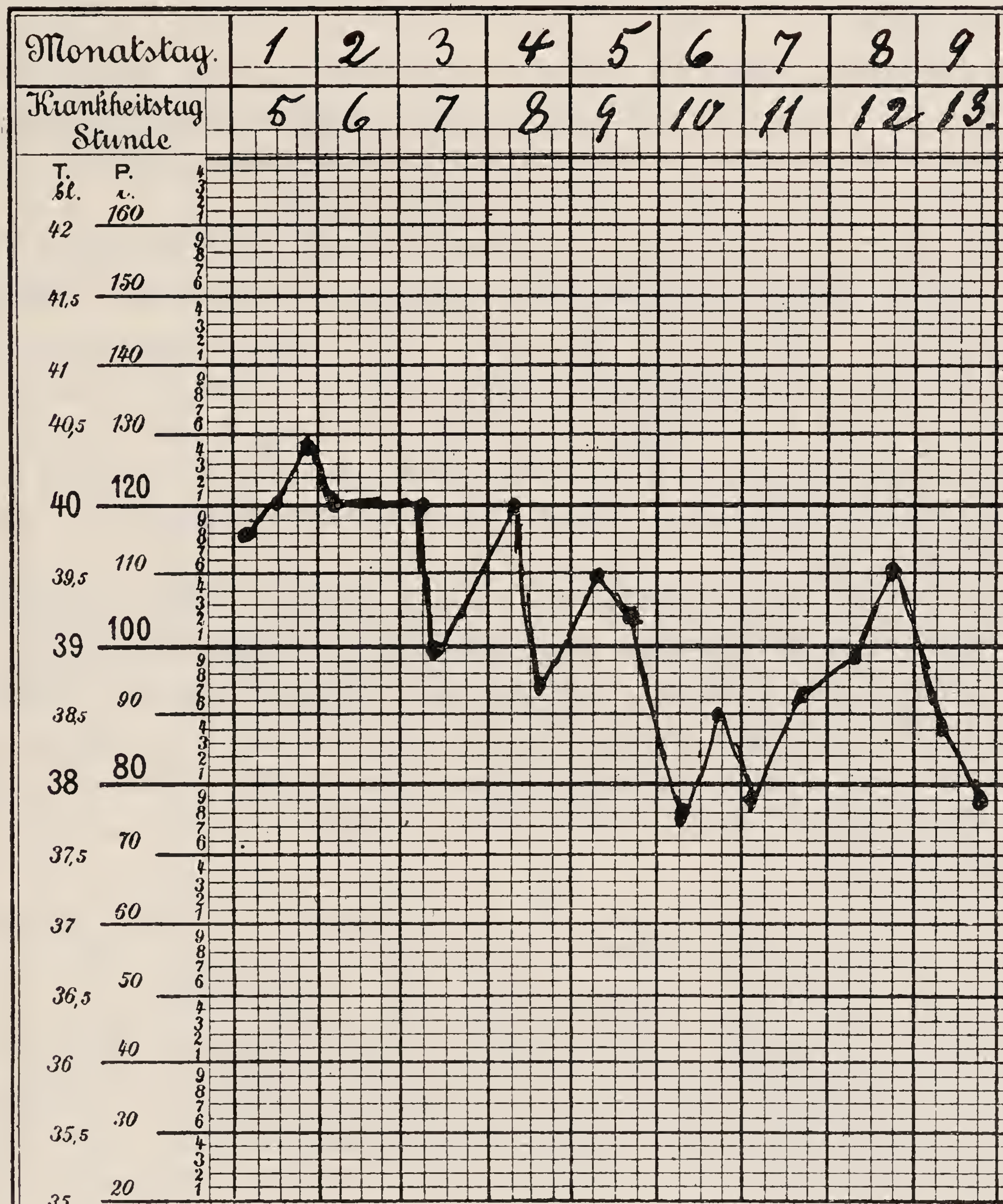
---

*) Dieses Wort fehlt im Original.

1) Für die Notizen über diesen Fall und über die Obduktion bin ich Mr. Box, dem medizinischen Registrator des St. Thomas Hospitals, zu Dank verpflichtet.

normal, die Epiglottis leicht gerötet und geschwollen, die Arytaenoidknorpel und die arytaeno-epiglottischen Falten stark geschwollen, dunkelrot, und augenscheinlich akut entzündet. Die Stimmbänder waren leicht gerötet, ihre Auswärtsbewegung vermindert. Der Kehlkopf enthielt reichliches schleimig-eitriges Sekret. Aeusserlich erstreckte sich ein hartes entzündliches Oedem vom Unterkiefer bis zum Schlüsselbein der

Kurve II.



rechten Seite. Um 12 ³/₄ Uhr, d. h. etwa zwei Stunden nach der Aufnahme wurde die Tracheotomie erforderlich und wurde trotz starker Lividität des Patienten und heftiger venöser Blutung erfolgreich ausgeführt. Gleichzeitig wurde auch die äussere entzündliche Schwellung des Halses incidiert; es entleerte sich aber nur seröse Flüssigkeit. Die Temperatur hatte bei der Aufnahme 38,1 betragen, um 4 Uhr nachmittags war sie 37,9, um 8 Uhr 37,7, um Mitternacht 37,8. Während

der nächsten zwölf Stunden nach der Tracheotomie expektorierte der Kranke etwa 30 Gramm dünnen, dunkel gefärbten, nicht stinkenden Eiters.

Am 11. Mai war seine Stimme um 10½ Uhr Vormittags weit besser; es zeigte sich, dass im Kehlkopf ein Abscess über dem linken Giessbeckenknorpel geborsten und dass die allgemeine Schwellung stark zurückgegangen war. Die Stimmbänder konnten nunmehr ihrer ganzen Länge nach gesehen werden und bewegten sich gut. Das Schlucken war noch schmerzhaft. Die Kanüle wurde entfernt und das Innere des Kehlkopfs mit Tinct. ferri sesquichlor. gepinselt. Die äussere Schwellung war noch bedeutend und schmerzhaft, die Absonderung aus der Incisionswunde war nicht eitrig.

Nachmittags wurde ich ersucht, den Patienten zu sehen, und gab Folgendes zu Protokoll: „Pharynx frei, Epiglottis noch verdickt, die Schleimhaut ist gerunzelt und lebhaft gerötet, die Bewegungen der Stimmbänder sind frei; viel zäher Schleim im Kehlkopf.“

Trotz der anscheinenden Verbesserung und des derzeitigen Fehlens irgend welcher Komplikationen im Kehlkopf oder anderswo drückte ich meinen Glauben dahin aus, dass der Fall einen ungünstigen Verlauf nehmen werde. Die Temperatur während des 11. Mai betrug um 4 Uhr früh 37,2, um 8 Uhr 37,3, um Mittag 37,4, um 4 Uhr Nachm. 38,0, um 8 Uhr abends 38,4, um Mitternacht 38,3. Am 12. Mai war die Temperatur um 4 Uhr früh 37,9, um 8 Uhr 38,5, um Mittag 39,1 und um 4 Uhr Nachm. 39,0.

Die nächste, vom 12. Mai um 5 Uhr Nachm. datierte Notiz lautet folgendermassen: Respiration 56, Puls 104, Temperatur 39,0. Der Patient delirierte. Zeichen rechtsseitiger Pleuritis und (?) Pneumonie vorhanden. Der Patient versuchte Selbstmord zu begehen, indem er sich mit einer Schere stach, und war äusserst gewalttätig. Um 8 Uhr Abends betrug die Temperatur 39,1. Der Tod erfolgte ziemlich plötzlich kurz nach Mitternacht.

Das Résumé der Obduktion, die ein weiteres melancholisches Interesse in der Tatsache besitzt, dass sie die letzte von meinem tiefbetrauerten Kollegen, Dr. Hadden, vorgenommene war, ist folgendes:

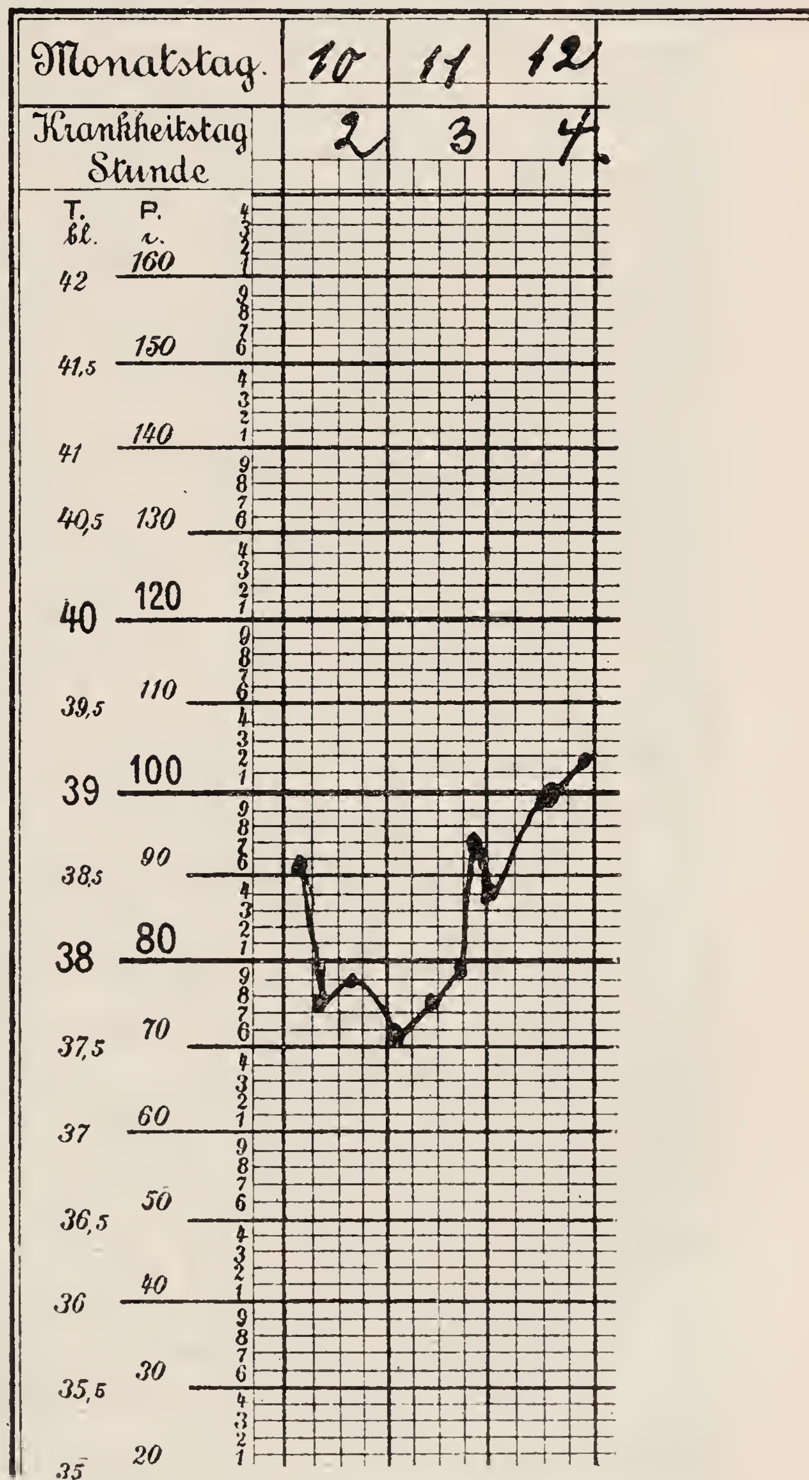
Frische Pericarditis mit geringem trübem Exsudat. Herz normal. Frische Fibrinablagerung über beiden unteren Lungenlappen und den korrespondierenden Costalpleurae. Lungen einfach kongestioniert. Leber getrübt. Milz gross und weich. Kein Eiter in den Geweben des Halses. Starke Verdickung der Gaumenbögen, der Epiglottis und der arytaeno-epiglottischen Falten. Ein kleiner grauer Gewebsfetzen am hinteren Ende der rechten arytaeno-epiglottischen Falte, welcher eine kleine Abscesshöhle bedeckt, die sich in der Richtung zum Giessbeckenknorpel hin erstreckt. Das Kehlkopfinnere gerötet, geschwollen und mit dickem Schleim bedeckt. Viel Schleim in der Trachea und in den Bronchien. Ein kleiner Gewebsverlust, der die Mucosa und Submucosa eines Trachealrings grade unterhalb der Tracheotomiewunde in sich begreift (? Druck der Kanüle).

Ablagerung von Uraten im Gelenk des grossen Zehes rechterseits. Kein Eiter in den Gelenken. Keine Notizen über Untersuchung des Gehirns.

Ich bedaure lebhaft, dass mir in Folge eines Versehens weder eine Benachrichtigung über den Tod des Kranken noch über das Datum der Leichenuntersuchung zuging und dass ich daher bei letzterer nicht gegenwärtig war. Die Präparate wurden leider nicht aufgehoben.

Nach dem Tode des Patienten wurde eine Kultur des Sekrets der Tracheotomiewunde von dem Assistenten genommen, Mr. Shattok eingehändigt, und sofort in den Inkubator gebracht. Eine blassgelbe Kultur entwickelte sich binnen der nächsten Tage, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Staphylococcus herausstellte. Von dieser wurden Subkulturen in Bouillon angelegt, und die frischen Kulturen in die Ohren und den Rücken von Kaninchen injiziert. Es erfolgte weder eine lokale noch eine allgemeine Reaktion. Das Experiment wurde mehrere Male mit verschiedenen Bouillonkulturen wiederholt, aber stets mit negativen Ergebnissen. Schliesslich wurde ein Kaninchen mit einer beträchtlichen Menge der Bouillonkultur gefüttert, aber mit gleich negativem Resultat.

Kurve III.



Fall 14. Bretthartе Infiltration des Halses. Follikuläre Tonsillitis. Akutes entzündliches Oedem der Epiglottis und des linken Giessbeckenknorpels. Tiefsitzende Abscesse in den Geweben des äusseren Halses. Doppelseitige Pleuritis. Peritonitis. Oberflächliche Abscesse. Tod. — Dies ist der Fall, von dem, wie ich wiederholt erwähnt habe, meine Beschäftigung mit der Frage tatsächlich ausgegangen ist, und den ich im Band XII der „St. Thomas Hospital Reports“ bereits beschrieben habe.

Es ist daher hier nur notwendig, kurz zu wiederholen, dass der Patient ein 31 jähriger Mann war, der am 29. Dezember 1882 zum St. Thomas Hospital mit einer Schwellung der ganzen linken oberen Hälfte der linken Halsseite kam, welche auf Druck empfindlich, heiss,

ödematös war und erysipelatöse Rötung aufwies. Gleichzeitig waren akute follikuläre Tonsillitis und enormes Oedem und Verfärbung der Epiglottis und des linken Arytaenoidknorpels vorhanden. Der Patient wurde ins Hospital aufgenommen. Er fing bald an zu delirieren, seine Temperatur variierte zwischen 40,5 und 37,9, Pleuritis und Abscesse in der linken Seite des Halses sowie an seinen Händen entwickelten sich, und er starb am 9. Januar 1883. Eine Autopsie wurde gemacht und die postmortale Diagnose lautete auf: Pyaemia ex causa ignota, Abscesse im äusseren Halse, Kehlkopfödem, doppelseitige Pleuritis, Peritonitis, oberflächliche Abscesse.

Behufs weiterer Details muss ich auf das Original verweisen.

Die vorstehende Reihe von Fällen repräsentiert meine persönlichen Beobachtungen akuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses. Wenn diese Beobachtungen nach der gegenwärtig mehr oder weniger allgemein acceptierten Nomenklatur zu registrieren wären, so hege ich keinen Zweifel, dass sie in Kapitel verwiesen werden würden, welche in den modernsten Lehrbüchern streng voneinander getrennt sind. Fall 1 würde sicher als ein Beispiel von „heftiger katarrhalischer Entzündung des Gaumens und Rachens", Fall 2 als „akute Epiglottitis", Fall 3 als „idiopathische ödematöse Laryngitis", Fall 4 als „heftige katarrhalische Entzündung der Tonsillen, des Pharynx und der Epiglottis" beschrieben werden, obwohl im letztgenannten Falle sich wahrscheinlich bereits vielen Beobachtern die Wahrscheinlichkeit eines septischen Ursprungs aufdrängen würde. — Im Fall 5 wiederum würde ein erfahrener Beobachter sicherlich aus der Tatsache, dass nur die eine Hälfte des Kehlkopfs sich in einem Zustande ödematöser Infiltration befand und dass gleichzeitig leichte Infiltration der korrespondierenden Hälfte des äusseren Halses bestand, den Verdacht schöpfen, dass die Natur des Leidens septisch sei. Dagegen dürften Meinungsverschiedenheiten darüber entstehen, ob dieser Fall als ein Fall von septischer Laryngitis oder als ein Fall von Kehlkopferysipel oder als ein Fall von Ludwig'scher Angina mit Beteiligung des Kehlkopfs zu bezeichnen sei. — Schwierigkeiten ähnlicher Natur erheben sich im Fall 6, doch glaube ich, dass die meisten Beobachter, wenn sie die Kranke zum erstenmal in derjenigen Periode des Leidens gesehen hätten, in der sie unter meine Beobachtung kam, nicht gezögert haben würden, den Fall als Kehlkopferysipel zu bezeichnen. — Die nächsten beiden Fälle, No. 7 und 8, würden m. E. von den meisten Aerzten ohne Zögern als Beispiele erysipelatöser Entzündung des Kehlkopfs mit späterer Ausdehnung zu den Brustorganen klassifiziert werden, obwohl im Fall 8 der Umstand, dass zu einer gewissen Zeit der Kehlkopf in dünnem Eiter gebadet war, nicht umhin konnte, die Frage entstehen zu lassen, ob es sich um eine reine erysipelatöse Entzündung handle oder ob vielleicht gleichzeitig

eine purulente Infiltration nicht sichtbarer Teile der oberen Luftwege vorläge? — Ebenso würde in Fall 9 für jeden Beobachter, der den Fall nicht von Anfang an gesehen hätte, die Schwierigkeit der Entscheidung, ob Erysipel des Kehlkopfs mit späterer Ausdehnung auf das Zellgewebe des Halses und früher und schwerer Implikation des Centralnervensystems vorläge oder ob, umgekehrt, dies ein Fall von Angina Ludovici mit späterer Ausdehnung auf den Kehlkopf und Einbeziehung der höchsten Nervencentren sei — eine sehr beträchtliche gewesen sein, wenn auch angesichts der Tatsache, dass die Entwicklung der Dinge glücklicherweise von kompetenten Beobachtern vom ersten Augenblick an verfolgt wurde, kaum ein Zweifel darüber vorliegen kann, dass die erstere dieser beiden Alternativen der wirklichen Sachlage entsprach. — Die Fälle 10 und 11 würden, wie ich denke, als Beispiele von Kehlkopferysipel, gefolgt von Pneumonie, bezeichnet worden sein. — Im Falle 12 stossen wir wiederum auf die Schwierigkeit, die diesmal grösser ist als je, zu entscheiden, ob er, der gegenwärtigen Nomenklatur zufolge, ein Beispiel Ludwig'scher Angina oder von Kehlkopferysipel genannt werden müsse. — Fall 13 würde wahrscheinlich von einigen als Erysipel des Kehlkopfs, von anderen als phlegmonöse Laryngitis, und wieder von anderen als Angina Ludovici angesehen werden, während schliesslich im Fall 14, wie bereits in einem früheren Abschnitt angegeben, gute Gründe beigebracht werden könnten, um ihn in irgend eines der Kapitel: Kehlkopfrotlauf, Ludwig's Angina oder Tiefsitzende Phlegmone des Halses einzureihen.

Man wird aus dieser Liste ersehen haben, dass meine persönlichen Beobachtungen kein typisches Beispiel der von Carrington und Hale White und von Senator unter den Titeln „Phlegmonöse Pharyngitis“ oder als „Akute infektiöse Phlegmone des Pharynx“ einzuschliessen scheinen, d. h. Fälle, in denen eine diffuse purulente Infiltration in den tieferen Geweben des Rachens besteht, die von dort aus auf den Kehlkopf und die Drüsen fortgeleitet wird und sekundär auch andere Organe befällt. Abgesehen aber von dem Umstande, dass die klinischen Erscheinungen und der Verlauf der Krankheit in mehreren meiner schwereren Fälle den von Senator selbst von seinen Fällen gegebenen Beschreibungen überaus ähnlich sind, ist es durchaus möglich, dass, wenn in allen meinen tödlich verlaufenden Fällen Obduktionen stattgefunden hätten, Verhältnisse gefunden worden wären, welche den von den letztgenannten Autoren beschriebenen etwa entsprochen hätten. Jedenfalls zeigen meine beiden letzten Fälle klar, dass eine Entzündung des Rachens und Kehlkopfs, die klinisch alle die Erscheinungen des Erysipels aufweist, von Eiterbildung in der Nachbarschaft der ödematösen Teile begleitet sein kann (in Fall 13 im Kehlkopf selbst, in Fall 14 zwischen den Muskeln des Halses), und ich denke, es wird allseitig zugestanden werden, dass keine prinzipielle Differenzierung auf die blosse Tatsache hin etabliert werden kann, dass in dem einen Falle eine purulente

Infiltration in den tieferen Geweben des Rachens, und im anderen in so naher Nachbarschaft zu diesem Teil besteht, wie dies in meinen beiden letzten Fällen vorlag.

Aber alle die im letzten Abschnitt geschilderten Schwierigkeiten sind, wie ich mich erkühne zu glauben, von uns selbst konstruiert, und werden verschwinden, wenn wir den Mut haben, unsere Anschauungen von der Künstlichkeit des gegenwärtigen Systems freizumachen und unbeirrt durch dogmatische Lehren die wesentlichen in meinen Beobachtungen beigebrachten Tatsachen von dem Standpunkt eines vorurteilslosen Kritikers zu analysieren.

Was sind nun diese Tatsachen?

Wir haben vor uns eine Anzahl von Fällen akuter Entzündungen des inneren und äusseren Halses, die in der Mehrzahl der Beobachtungen vorher gesunde Personen befielen, die in ihrer Intensität enorm variierten, und die ebenso in ihrer primären Lokalisation wie in der Tatsache verschieden waren, dass in einigen von ihnen die Entzündung auf den Teil oder die Teile beschränkt blieb, die ursprünglich befallen worden waren, während in anderen eine Ausdehnung, sei es per contiguitatem oder per metastasin auf andere Organe stattfand. Endlich variierten diese Entzündungen auch im Charakter des durch sie gesetzten Exsudats, indem dasselbe, soweit zu ermitteln war, in den meisten Fällen seröser und in zwei Fällen jedenfalls teilweise purulenter Natur war, während in einem Falle (No. 13) ein fibrinöses Exsudat die Pleuritis begleitete, welche eine der durch die Krankheit gesetzten Komplikationen darstellte. Aber alle diese Fälle waren während des Lebens charakterisiert durch Symptome, welche subjektiv ebenso wie objektiv einander nicht nur ähnelten, sondern in Wahrheit eine praktisch ununterbrochene Stufenleiter eines und desselben Prozesses von zunehmender Schwere, nämlich einer durch ödematöse Infiltration der befallenen Gewebe gekennzeichneten septischen Entzündung darstellten. Es scheint mir nicht nur die einfachste, sondern auch die natürlichste Erklärung dieser Vorgänge zu sein — eine Erklärung, die vollständig im Einklang mit dem allgemeinen Zustand unseres gegenwärtigen Wissens über septische Entzündungen steht — dass die in den verschiedenen Fällen beobachteten Verschiedenheiten in der Schwere, in der Ausdehnung des Prozesses und in der Natur des Exsudats (d. h. ob serös, fibrinös oder purulent) von verschiedenen Graden von Virulenz und wahrscheinlich auch von der Quantität der pathogenen Mikroorganismen abhängen, welche in den einzelnen Fällen die Krankheit bedingen, während die Zufälligkeit der primären Lokalisation wahrscheinlich in jedem einzelnen Falle durch zufällige Verletzungen der Oberfläche bestimmt wird, welche eine geeignete Eingangspforte für das Eindringen dieser Mikroorganismen in den menschlichen Körper bilden. Es scheint mir nicht die geringste Notwendigkeit vorzuliegen, die Fälle in starre konventionelle Formen einzuteilen — und dadurch die Sachlage einfach zu verwirren —, welche,

wie meine Serie so deutlich zeigt, vor der Prüfung der praktischen Erfahrungen nicht standhalten, und ich bin so fest von der Einheit der verschiedenen Formen überzeugt, dass ich mir auf Grund meiner eigenen Beobachtungen, vereint mit den Erfahrungen von Carrington und Hale White, sowie mit denen von Senator, erlauben werde, in den folgenden Zeilen eine Skizze des klinischen Verlaufes dieser septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses zu entwerfen, welche, obwohl gewiss noch nicht ganz vollständig, doch sozusagen als Knochengerüst der klinischen und pathologischen Vorgänge dienen kann, welches von späteren Beobachtern mit vollständigeren Details umkleidet werden mag.

Ich würde den Verlauf der Dinge in diesen Fällen folgendermassen beschreiben:

Akute septische Entzündungen des inneren und äusseren Halses können durch die Wirkung verschiedener Mikroorganismen — über diesen Punkt mehr zum Schluss dieser Arbeit — bedingt werden und variieren in primärer Lokalisation, Ausdehnung und Komplikationen im Einklang mit der Virulenz und wahrscheinlich auch der Quantität der pathogenen Faktoren. Sie können — und tun dies tatsächlich — vorher gesunde Personen beider Geschlechter und anscheinend jeden Alters befallen*). Nichts Bestimmtes ist bis jetzt über die Länge, ja die blosse Existenz eines Inkubationsstadiums bekannt, während prodromale Symptome, obwohl anscheinend in manchen Fällen vorhanden und durch allgemeines Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Halsweh und leichtes Fieber manifestiert, in anderen, und zwar gerade in den schlimmsten Fällen vollständig fehlen können. Der Beginn des Leidens ist gewöhnlich ein sehr plötzlicher und wird durch einen von schneller Temperatursteigerung gefolgten Schüttelfrost eingeleitet, aber auch dieser Schüttelfrost mag ganz fehlen, oder nur durch ein leichtes Frösteln repräsentiert sein, oder endlich erst auftreten, nachdem einige der echten Symptome der Krankheit bereits erschienen sind. Sehr selten treten wiederholte Schüttelfröste auf: ist dies der Fall, so deutet es auf weitere Komplikationen hin. — Der Verlauf des Fiebers scheint in diesen Fällen keiner bestimmten Regel zu folgen; aller Wahrscheinlichkeit nach hängt er von der Virulenz der septischen Infektion in jedem individuellen Falle ab. In manchen Fällen selbst schweren Charakters steigt die Temperatur überhaupt nicht viel über 38,0, während sie in anderen 40,5 und mehr erreicht. Der einzige allgemeine Schluss, den man gegenwärtig zu ziehen berechtigt ist, scheint auf die Tatsache hinzudeuten, dass die höchste Temperatur in den meisten Fällen im ersten Anfang der Krankheit er-

*) Es ist eine Tatsache, die mir in meiner zweiten Serie noch weit mehr auffiel, als in der ersten, dass die grosse Mehrzahl meiner Patienten den besten Gesellschaftsklassen angehörte, d. h. einer Kategorie, von der man theoretisch annehmen sollte, dass sie diesen septischen Einflüssen weniger zugänglich sei, als die niederen Schichten der Bevölkerung. Ich habe während meiner ganzen Laufbahn nur 3 Fälle dieser Art bei Hospitalpatienten gesehen.

reicht wird und dass sie sodann allmählich fällt, obwohl im Fall weiterer Komplikationen ein erneutes Ansteigen der Temperatur deren Beginn begleiten mag. — Der Puls erreicht sehr selten excessive Frequenz und variiert während des akuten Stadiums der Krankheit in der Regel zwischen 110 und 130. Er ist in den meisten Fällen durch Schwäche und leichte Kompressibilität charakterisiert. Unregelmässigkeit des Pulses und der Atmung scheint in den seltenen Fällen vorzukommen, in denen frühe Implikation des Centralnervensystems stattgefunden hat.

Was die subjektiven Symptome anbelangt, so ist das erste und beinahe allgemeine die Klage über Schmerzen im Hals und heftige Schlingbeschwerden, welche sich binnen weniger Stunden zu vollständiger Aphagie steigern. Diese Schwierigkeit scheint stets vorhanden zu sein, mag der ursprüngliche Sitz der septischen Entzündung sich im Rachen, im Kehlkopf oder im Zellgewebe des Halses befinden. In denjenigen Fällen, in welchen der Kehlkopf von vornherein affiziert ist oder im weiteren Laufe der Entzündung ergriffen wird, treten Heiserkeit, Stimmverlust und Atemnot auf, welche von Stridor begleitet sein mag. Nicht immer aber trägt die Dyspnoë einen laryngealen Charakter. Die beschriebenen Symptome sind von starkem Krankheitsgefühl und Abgeschlagenheit begleitet. Die Aphagie dauert in manchen Fällen nur ein paar Stunden, in anderen 1—2 Tage an; in allen Fällen aber, in denen schliesslich Genesung erfolgt, ist sie durch auffällig rasches Verschwinden gekennzeichnet — ein Characteristicum, das übrigens sämtlichen subjektiven Symptomen dieser Krankheit zukommt.

Die objektiven Symptome variieren natürlich je nach der Lokalisation und der Ausdehnung des entzündlichen Prozesses. In der grossen Mehrzahl der Fälle scheinen der Pharynx, und besonders die Tonsillen, die an sich die natürliche Eingangspforte für bakterielle Invasion des Körpers bilden — dieser Punkt wird weiterhin ausführlicher erörtert werden — die zuerst befallenen Teile zu sein. Selbstverständlich aber ist es durchaus möglich, dass die pathogenen Organismen durch diese Teile durchpassieren und sich primär in irgendeinem anderen Abschnitte des Halses niederlassen mögen, in welchem eine zufällige Kontinuitätstrennung der Oberfläche ihren Eintritt begünstigt. So wird in manchen Fällen der Kehlkopf — und hier vor allem die Epiglottis — und in einigen wenigen anderen das Zellgewebe des Halses der ursprüngliche Sitz der septischen Entzündung sein.

In denjenigen Fällen, in denen die Mandeln und der Rachen zuerst befallen werden, schwellen diese Teile sehr geschwind beträchtlich an. Die Entzündung der Mandeln scheint in nichts von der gewöhnlichen follikulären Tonsillitis verschieden zu sein. Wird aber die Hinterwand des Kehlkopfs afficiert, so ist die Schwellung viel stärker entwickelt und trägt einen weit mehr ausgesprochen ödematösen Charakter, als bei der gewöhnlichen katarrhalischen Entzündung. Die Färbung des entzündeten Teils ist in der Mehrzahl der Fälle lebhaft scharlachrot, zeigt aber in

manchen Fällen eine bläuliche*), in einigen eine beinahe dunkelblaue Schattierung. Die Schwellung kann auf den Pharynx beschränkt bleiben, und es können nach einem bis zwei Tagen retrogressive Veränderungen und schliesslich Genesung eintreten, ohne dass der Kehlkopf überhaupt affiziert gewesen wäre. Ist die Schwellung eine sehr beträchtliche gewesen, so zeigt die Schleimhaut der befallenen Partieen während des Rückgangs des Prozesses ein gerunzeltes Aussehen. In den schlimmsten Fällen, in denen der Pharynx der primäre Sitz der Krankheit gewesen ist, d. h. in solchen Fällen, wie sie von Carrington und Hale White und von Senator beschrieben worden sind, scheint die ganze Wucht der Entzündung auf diesen Teil zu fallen, und in diesen Fällen, in denen gewöhnlich die Krankheit tödlich endet, findet man nach ein paar Tagen eine diffuse eitrige Entzündung in den tieferen Geweben der Rachenschleimhaut, von der die Entzündung sich auf den Kehlkopf und die Drüsen fortsetzt und sekundär auch andere Organe befällt. Natürlich kann die septische Entzündung sich vom Rachen aus auch in anderen Richtungen als nach unten fortsetzen, und so mag sie z. B. die Nase, den Nasenrachenraum, die äussere Haut oder das Gehirn ergreifen. Ein Fall, in dem phlegmonöse Pharyngitis von purulenter Meningitis gefolgt wurde, ist kürzlich von v. Stein berichtet worden[1]).

In der grossen Mehrzahl der Fälle aber ist es, wenn die Entzündung im Pharynx beginnt, für sie charakteristisch, dass sie diesen Teil nach ein paar Tagen oder selbst nach wenigen Stunden vollständig verlässt und in den Kehlkopf hinabsteigt. Die bisher berichteten Beobachtungen deuten sämtlich darauf hin, dass, falls dieses Organ von einer septischen Entzündung ergriffen wird, sei dies durch Fortleitung vom Pharynx oder primär, die Epiglottis ganz besonders ausersehen zu sein scheint, die Wucht der Krankheit zu tragen. Nächst ihr sind die arytaeno-epiglottischen Falten und die Schleimhaut über den Arytaenoidknorpeln die Teile des Kehlkopfs, die am häufigsten zu leiden scheinen. Ueber die Verhältnisse im Inneren des Kehlkopfs kann gegenwärtig noch nicht viel gesagt werden, da die Schwellung des Kehlkopfeingangs in der Regel eine Besichtigung der Stimmbänder verhindert. Aus der Heiserkeit und Aphonie aber, die in vielen Fällen die Kehlkopfentzündung begleiten, lässt sich mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass das Innere des Kehlkopfs, wenn auch möglicherweise in geringerem Grade, ebenfalls von dem entzündlichen Prozess betroffen wird. Die Erscheinung der Epiglottis, der arytaeno-epiglottischen Falten und der Arytaenoidknorpel in diesen Fällen ist durch enorme Tumefaktion charakterisiert, infolge deren besonders der erstgenannte Teil auf seine vierfache Grösse oder selbst auf noch mehr verdickt ist und sich in Gestalt einer scharlachroten oder bläulichroten halbdurchscheinenden Rolle präsentiert, die quer durch den Pharynx verläuft. Solche Dimensionen erreicht bisweilen diese Schwellung,

) Vgl. hierzu Anmerkung) p. 398.
1) Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1894.

dass selbst die arytaeno-epiglottischen Falten und die Giessbeckenknorpel dem Anblick völlig entzogen werden.

In diesem Stadium tritt in der grossen Mehrzahl der Fälle rasch zunehmende und nicht selten durch Erstickungsanfälle verschlimmerte Dyspnoë ein, welche, wenn nicht rechtzeitig durch Tracheotomie*) erleichtert, zum Tode führen mag. In sehr schweren Fällen wird das Exsudat teilweise eitrig, und man findet entweder eine diffuse purulente Infiltration des einen oder anderen Kehlkopfabschnitts, oder es bildet sich ein circumscripter Abscess, der, wie im Fall 13 meiner Liste, spontan bersten kann. In einer gewissen Anzahl von Fällen bleibt die Entzündung auf den Kehlkopf beschränkt; in anderen aber breitet sie sich von diesem Organ auf die umgebenden Gewebe des äusseren Halses aus und führt zu einer Infiltration dieser Teile, welche entweder nur die unmittelbare Nachbarschaft des Kehlkopfs betreffen mag, oder sich über eine oder selbst beide ganze Seiten des Halses erstrecken kann. Die Haut des Halses ist in solchen Fällen heiss und so straff gespannt, dass es schwer ist, innerhalb der allgemeinen Infiltration irgendwelche Details zu ermitteln. In der Regel sind diese Teile auch sehr empfindlich auf Druck. Die Infiltration ist hart, oft bretthart, und ihre Farbe wechselt von einer leichten Rötung bis zu dunkelviolett. In den schlimmsten Fällen erstreckt sich die Induration vom Unterkiefer bis zum Schlüsselbein oder noch tiefer abwärts und die Konturen des Halses mögen völlig verstrichen sein. Eine erysipelatöse Rötung erstreckt sich in solchen Fällen noch weiter, als die Infiltration selbst reicht. Das Exsudat in das Zellgewebe des Halses scheint in den meisten Fällen dieser Art rein serösen Charakters zu sein. In anderen Fällen aber findet man entweder diffuse purulente Infiltration oder umschriebene Abscesse in dem ödematösen Zellgewebe oder zwischen den Muskeln des äusseren Halses. In den allerschlimmsten Fällen treten metastatische Abscesse, sei es in oberflächlichen Teilen, sei es in Gelenken, auf.

Während die eitrige Varietät der septischen Entzündung gewöhnlich zu baldigem Tode führt, können Fälle seröser septischer Entzündung des Kehlkopfs und seiner Nachbarschaft innerhalb weniger Tage in Genesung

*) Die Frage: wann die Tracheotomie in diesen Fällen vorgenommen werden soll, ist schwer zu beantworten. Natürlich wird man sie sofort ausführen, wenn hochgradige Dyspnoë vorliegt. Ist aber die Atemnot anscheinend nicht so bedenklich, so ist die Entscheidung viel schwieriger. Einerseits muss man sich stets erinnern, dass es charakteristisch für diese septischen Entzündungen ist, dass dieselben den befallenen Teil nach 1—2 Tagen, öfters schon nach wenigen Stunden verlassen, und dass es nicht angenehm ist, sich dem Vorwurf auszusetzen, dass man in grösster Eile eine Operation ausgeführt habe, deren Notwendigksit zum mindesten sehr zweifelhaft gewesen sei. Andererseits kann man durch zu langes Zögern die Möglichkeit verpassen, den Kranken zu retten, und darf nicht vergessen, dass inmitten anscheinend mässiger Dyspnoë ganz plötzlich ein Anfall schwerster Atemnot auftreten kann; der Patient in Fall 11 ist sicher an Erstickung gestorben, wenn er auch ohne Zweifel selbst bei rechtzeitig vorgenommener Tracheotomie seinen anderweitigen Komplikationen erlegen wäre. Auch an diese muss man immer denken; von meinen sieben tracheotomierten Patienten (in meinen beiden Serien) ist nicht ein einziger durchgekommen! Es heisst also: individualisieren!

enden, so beträchtlich die Schwellung auch gewesen sein mag. Hier ist es wiederum charakteristisch, dass das Maximum der Entzündung gewöhnlich innerhalb weniger Stunden vom ersten Anfang der Krankheit erreicht wird, und dass in den Fällen, in welchen Genesung erfolgt, in der Regel schon einen bis zwei Tage nach dem Beginn beträchtliche Verminderung der Schwellung eintritt. Binnen weniger Tage braucht nichts als ein gerunzeltes Aussehen der Schleimhaut an die kolossale Schwellung zu erinnern, die nur kurz vorher das auffallendste Zeichen der schweren Krankheit bildete.

Oft aber bleibt das Leiden nicht auf den Hals beschränkt, sondern geht — bisweilen mit unglaublicher Schnelligkeit — auf andere Teile über. Neben den Lungen sind besonders die serösen Häute dem Anfall ausgesetzt, und ein- oder doppelseitige Pleuritis, Pericarditis, Peritonitis, und, wie bereits erwähnt, Meningitis, können sich ein paar Tage, oder selbst nur Stunden, nach dem initialen Schüttelfrost entwickeln. Werden die Lungen befallen, so zeigt sich ihre Teilnahme an dem pathologischen Prozess in Gestalt von Herd- oder von basischer Pneumonie. Nicht selten treten mehrere dieser Komplikationen in einem und demselben Falle auf. Das Exsudat in die serösen Häute mag seröser, fibrinöser oder purulenter Natur sein; hämorrhagische Ergüsse habe ich in meinen Fällen nicht angetroffen*). Selbst in Fällen, die durch Pneumonie, Pericarditis und Pleuritis kompliziert sind, mag noch Genesung erfolgen, und ist, wenn sie eintritt, durch Schnelligkeit und Vollständigkeit ausgezeichnet. In schwereren Fällen aber wird die Szene durch den Tod unter Erscheinungen von Herzschwäche und zunehmendem Coma geendigt, und in den schlimmsten Fällen dieser Art braucht der ganze Prozess von seinem Anfang bis zu seinem tödlichen Ausgang nicht mehr als 10 bis 12 Stunden zu dauern.

In sehr seltenen Fällen scheint es, als ob, abgesehen von den ursprünglich affizierten Teilen, die ganze Wucht der septischen Entzündung auf das Centralnervensystem fiele. In solchen Fällen sind epileptiforme Konvulsionen, Delirium, Unregelmässigkeit der Herzaktion und des Pulses schon unter den früheren Symptomen, und der Tod mag mit Zeichen schwerer septischer Infektion des Nervensystems erfolgen, ohne dass sich Komplikationen im Brustkorb entwickeln, und nachdem die lokale Entzündung des Pharynx und Larynx bereits vollständig zurückgegangen ist.

In einer anderen Reihe von Fällen endlich — denjenigen, welche bisher als Beispiele von Angina Ludovici beschrieben worden sind — ist der primäre Sitz der Entzündung das Zellgewebe des äusseren Halses. Der pathogene Mikroorganismus kann in diesen Teil entweder durch eine äussere Kontinuitätstrennung, oder durch einen kariösen Zahn, durch die Tonsillen, durch die Lymphdrüsen der Zunge, des Rachens etc. gelangen. In diesen Fällen wird die harte Infiltration des äussern Halses, das erste

*) Auch in meiner späteren Serie nicht, ebensowenig wie Gangrän oder Gasentwicklung.

objektiv nachweisbare Zeichen sein, und die Teilnahme des Pharynx und Larynx findet erst zu einer etwas späteren Periode statt. In anderen Beziehungen aber sind die zur Erscheinung kommenden Ereignisse völlig identisch mit denen, welche man in den Fällen sieht, in denen der Pharynx oder der Larynx die zuerst befallenen Teile sind.

Die vorstehende Beschreibung mag als die klinische Skizze unseres gegenwärtigen Wissens über diese septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses dienen. Sie zeigt, wie ich hoffe, dass meine Auffassung von der Einheit dieser verschiedenen Prozesse keine willkürliche ist, sondern durchaus im Einklang mit den klinischen und pathologischen Tatsachen steht, die zu meiner eigenen Kenntnis gekommen sind.

Während ich somit von der pathologischen Identität dieser verschiedenen Prozesse überzeugt bin, ist es mir natürlich ganz klar, dass eine Zahl schwerwiegender Einwürfe gegen meine Ansichten erhoben werden kann, und ich selbst bin mir der folgenden vier bewusst, welche eine sofortige Antwort erfordern, nämlich:

1. Dass ich keinen Beweis dafür geliefert hätte, dass die leichteren Fälle meiner Serie wirklich septischen Ursprungs gewesen seien, und dass die in ihnen beobachteten Symptome ebenso gut das Resultat einer einfachen katarrhalischen Entzündung gewesen sein könnten.

2. Dass die verschiedene Lokalisation in diesen Fällen, nämlich die Verschiedenheit der Ausgangspunkte (Pharynx, Larynx, resp. Zellgewebe des Halses) gegen ihre Identität spräche.

3. Dass die Variationen in der Fieberkurve in den einzelnen Fällen ebenso darauf hinzudeuten schienen, dass dieses Fieber durch verschiedene, nicht durch identische Prozesse veranlasst worden sei.

4. Und dass vor allem andern die Tatsache, dass das Exsudat manchmal serösen und manchmal eitrigen Charakters gewesen sei, einen überaus schwerwiegenden Einwand gegen die Auffassung darstelle, dass diese Entzündungen identischer Natur seien.

ad. 1. Was den ersten Einwurf anbetrifft, so muss ich sofort bekennen, dass ich nicht in der Lage bin, über allen Zweifel hinaus zu beweisen, dass die milderen von mir beigebrachten Fälle mit Sicherheit septischen Charakters waren. Ein wirklicher Beweis könnte natürlich nur in der Form erbracht werden, dass man Kulturen pathogener Mikroorganismen in solchen leichteren Beispielen ödematöser Entzündung erhalten hätte, wie sie meine vier ersten Fälle darstellen. Ich bin nicht in der Lage gewesen, dies zu tun, und es muss späteren Beobachtern überlassen bleiben, solche einwandfreien Beweise zu liefern. Schon jetzt aber möchte ich vom klinischen Standpunkte aus statuieren, dass die Entzündung in diesen Fällen einer gewöhnlichen katarrhalischen nicht ähnlich sieht. Es ist mir wohl bekannt, dass eine ödematöse Entzündung auch durch andere Einflüsse, als septische, erzeugt werden kann, und dass sie ebensowohl das Resultat chemischer, thermischer und trauma-

tischer Reize sein, wie den Gipfel eines intensiven katarrhalischen Prozesses darstellen kann. In Fällen der drei erstgenannten Kategorien aber ist man fast stets in der Lage, wenn man sie bei Erwachsenen sieht, eine bestimmte Ursache für das Auftreten der akuten ödematösen Entzündung ausfindig zu machen, und in den Fällen, in denen eine blosse katarrhalische Entzündung zu Oedem führt, stellt dasselbe, sozusagen, den Höhepunkt des katarrhalischen Prozesses dar, der erst nach einer messbaren Periode erreicht wird. In den hier zur Betrachtung stehenden Fällen aber ist der Verlauf der Dinge ganz verschieden. Der Prozess beginnt ohne irgendwelche nachweisbare, bestimmte Veranlassung sofort mit dem Erscheinen einer intensiven ödematösen Entzündung, deren Maximum, wie ich wiederholt zu betonen versucht habe, gewöhnlich beim allerersten Anfang der Erkrankung zur Beobachtung kommt. Ferner ergreift diese Entzündung gewisse einzelne Teile der Luftwege, und ist anfänglich nicht eine allgemeine, wie man dies bei der gewöhnlichen katarrhalischen Entzündung sieht. Drittens übersteigen die Dimensionen der ödematösen Schwellung bei weitem das, was man bei einer gewöhnlichen katarrhalischen Entzündung zu sehen bekommt. Viertens deuten die konstitutionellen Begleiterscheinungen wie Frösteln, Schüttelfrost, Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl, auf einen septischen Ursprung hin. Und endlich möchte ich darauf aufmerksam machen, dass selbst in meinen leichteren Fällen mehrmals bestimmte Beweise dafür vorlagen, dass die Patienten septischen Einflüssen, wie Kanalgasen und fehlerhafter Drainage ausgesetzt gewesen waren. Indessen gebe ich, wie schon erwähnt, bereitwillig zu, dass weitere bakteriologische Forschung den definitiven Beweis erbringen muss, ob auch die leichteren Formen ödematöser Entzündung des Pharynx und Larynx in Wirklichkeit septischer Natur sind.

ad. 2. Der zweite Einwurf, der gegen meine Auffassung von der Einheitlichkeit dieser verschiedenen Prozesse erhoben werden könnte, nämlich, dass sie ihrer Art nach verschieden sein müssten, weil ihre primäre Lokalisation eine verschiedene sei, lässt sich meiner Meinung nach unschwer widerlegen. Dies kann, wie mir scheint, am Besten durch einen Verweis auf den analogen Fall der Diphtherie geschehen. Diphtherie bleibt Diphtherie, ob sie nun primär den Rachen, den Kehlkopf die Nase, die Bronchien, die Conjunctiva, die Vulva, das Rectum, oder eine verletzte Stelle des äusseren Integuments befällt, und ebenso, gleichgiltig, ob sie auf den erst befallenen Teil beschränkt bleibt, oder ob sie, sei es kontinuierlich oder durch Autoinfektion auf andere Teile übergeht. Es ist klar, dass sie am häufigsten primär im Pharynx angetroffen werden wird, weil dieser Teil in Folge seiner Lage, seiner Funktion als Eingang der Luftwege, und der histologischen Zusammensetzung einiger der ihn bildenden Abschnitte, besonders der Tonsillen, das natürlichste Portal für die Invasion pathogener Mikroorganismen bildet. In Fällen aber, in denen der Pharynx normal ist, während der

Kehlkopf sich in einem katarrhalischen Zustand mit einiger Epithelabschürfung befindet, oder in dem er aus anderen Gründen vulnerabler ist, ist es durchaus denkbar, dass die Mikroorganismen durch den Pharynx passieren und sich primär in solchen Teilen ansiedeln mögen, in denen günstige Bedingungen für ihre weitere Entwicklung vorhanden sind.

Genau ebenso wie bei der eben besprochenen Form liegt, wie mir scheint, die Frage der primären Lokalisation der akuten septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses. Aus theoretischen Gründen ebensowohl wie nach der Erfahrung anderer Beobachter und nach meiner eigenen bildet der Rachen den Ausgangspunkt der septischen Entzündung in der überwiegenden Majorität aller Fälle, und ich möchte hier besonders die Aufmerksamkeit auf die Rolle lenken, welche die anatomische Zusammensetzung der Tonsillen nicht nur in dieser, sondern auch in anderen Formen von Infektionskrankheiten spielt. Die epitheliale Decke dieser Drüsen zeigt Lücken, welche gross genug sind, um den Durchtritt von Leukocyten zu gestatten, und Philipp Stoehr[1]) hat darauf aufmerksam gemacht, dass tatsächlich eine überaus lebhafte Passage solcher Zellen unzweifelhaft in den Tonsillen stattfindet, ohne dass die Epitheliallagen hierbei zerstört werden. Eine anatomische Einrichtung dieser Art reicht offenbar völlig aus, um die Vorliebe zu erklären, mit der im Munde auftretende infektiöse Prozesse sich primär in den Tonsillen lokalisieren, und ich glaube, dass in nicht ferner Zeit diese Drüsen in vielen Fällen auch für das Eindringen des Tuberkelbazillus und möglicherweise auch anderer Mikroorganismen in den Körper verantwortlich gemacht werden. In einigen kürzlich in Virchow's Archiv veröffentlichten Arbeiten von Emil Schlenker[2]), der mit Dr. Hanau arbeitete, und von Emil Krueckmann[3]) ist gezeigt worden, dass die Tuberkulose der Lymphdrüsen des Halses fast immer von der Invasion dieser Drüsen seitens des Bacillus durch die Tonsillen hindurch abhängt, und in nicht weniger als 60 pCt. der Fälle von Lungentuberkulose, die von dem letztgenannten Beobachter auf dem Obduktionstische untersucht wurden, wurden Tuberkel in den Tonsillen entdeckt. Aehnliche Resultate sind schon früher von Strassmann und Dmochowski erhalten worden.

Dass die Diphtherie vorzugsweise in erster Stelle auf den Tonsillen erscheint, ist eine zu wohlbekannte Tatsache, als dass ich bei ihr länger zu verweilen brauchte. Auch in der von mir in dieser Arbeit beigebrachten Serie von Fällen wird man bemerkt haben, dass in einer beträchtlichen Proportion der Fälle Tonsillitis eines der Initialsymptome der septischen Entzündung bildete.

---

1) Biologisches Centralblatt Bd. IV, No. 12. und Sitzungsberichte der Physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg 1883, No. 6.

2) Untersuchungen über die Entstehung der Tuberkulose der Halsdrüsen, besonders über ihre Beziehungen zur Tuberkulose der Tonsillen. Virchow's Archiv. Bd. 134 S. 161 ff. und 247 ff. 1893.

3) Ueber die Beziehungen der Tuberkulose der Halsdrüsen zu der der Tonsillen. Virchow's Archiv. Bd. 138 S. 534. 1894.

Tatsachen dieser Art tragen bedeutsam dazu bei, die verschiedene Lokalisation der septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses zu erklären. In der Mehrzahl der Fälle wird ihr erster Sitz der Pharynx sein, und die Krankheit mag entweder auf diesen Teil beschränkt bleiben oder sich von dort aus weiter verbreiten. In anderen Fällen aber mögen die Mikroorganismen durch Lücken in den epithelialen Bedeckungen der Mandeln, oder der Follikel der Zungenbasis oder des Mundbodens hindurchwandern und ihren Weg ins Zellgewebe des äusseren Halses finden, wohin sie natürlich auch durch andere Verletzungen der Oberfläche, ferner durch kariöse Zähne etc. gelangen können. In der dritten Klasse der Fälle mögen sie mit dem inspiratorischen Luftstrom durch den Pharynx durchgesaugt und direkt in den Kehlkopf inokuliert werden, der wahrscheinlich in solchen Fällen durch eine vorhergegangene katarrhalische Infektion oder durch eine andere zu Abschürfungen der Oberfläche führende Veranlassung verwundbarer geworden ist. Künftige Beobachter werden zu erforschen haben, warum in solchen Fällen die Wucht der Entzündung vorzugsweise auf die Epiglottis fällt, einen Teil, in welchem die Schleimhaut so innig mit dem Perichondrium des Knorpels zusammenhängt. Ich denke aber genügend gezeigt zu haben, um es höchst wahrscheinlich zu machen, dass die Frage der primären Lokalisation schliesslich nur von zufälligen Umständen des individuellen Falles abhängt, und ich glaube, dass angesichts der Identität der sich später abspielenden klinischen und pathologischen Ereignisse allseitig zugestanden werden wird, dass keine wirkliche Verschiedenheit zwischen diesen septischen Prozessen auf der blossen Grundlage der Tatsache etabliert werden kann, dass dieselben sich in einem Falle zuerst im Rachen, in einem zweiten zunächst im Kehlkopf, in einem dritten anfänglich im Zellgewebe des Halses manifestierten.

Auf zwei Punkte möchte ich zum Beschluss dieser Abteilung meiner Aufgabe die Aufmerksamkeit richten. Es ist bemerkenswert, dass in den Fällen, in welchen der Prozess zuerst im Pharynx auftritt, und in denen später eine Ausdehnung erfolgt, diese Ausdehnung so vorzugsweise in der Richtung nach unten erfolgt. Man wird bemerkt haben, dass in all' meinen Fällen die Nase und der Nasenrachenraum freiblieben, so intensiv auch die Entzündung in nächster Nachbarschaft dieser Teile war. Ich will natürlich keinen Augenblick behaupten, dass dies eine stets gültige Regel sei; es ist bekannt genug, dass das Erysipel bisweilen primär in der Nase auftritt und sich von dort durch den Nasenrachenraum in den Rachen und weiter abwärts verbreitet, oder dass es sich von der Nase zur äusseren Haut des Gesichts erstreckt. Jedenfalls aber erscheint es mir sehr bemerkenswert, dass in all' meinen Fällen die Nase und der Nasenrachenraum so gänzlich freiblieben. Jedoch zeigt der früher erwähnte Fall v. Stein's sicherlich, dass dies keine ausnahmslose Regel ist, und dass eine ursprünglich pharyngeale septische Entzündung sich auch in der Richtung nach oben ausbreiten

kann. — Zweitens mögen vielleicht manche es für recht revolutionär halten, dass ich mir erlaube, Ludwig's Angina in die Fälle einzuschliessen, in denen die septische Entzündung ursprünglich unzweifelhaft von der Schleimhaut der oberen Luftwege ausging. Meine Antwort hierauf ist, dass die ganze Existenz dieser Affektion als einer Krankheit sui generis ganz und gar nicht mit Sicherheit etabliert worden ist; dass sie zuerst zu einer Zeit (1836) beschrieben wurde, als keine Untersuchung des Kehlkopfs vorgenommen werden konnte; und dass bereits zugestanden wird[1]), dass ihre schliessliche Ursache in der Einwanderung von Mikroorganismen durch eine von Epithel entblösste Stelle der Mundschleimhaut besteht. Es scheint mir daher nicht durch die wirklichen Tatsachen gerechtfertigt, eine Verschiedenheit auf Grund des blossen Zufalls der primären Lokalisation im Zellgewebe des Halses künstlich aufrecht zu halten, während die Affektion selbst pathologisch identisch mit denjenigen ist, die sich in der Mucosa und Submucosa der Respirationsschleimhaut abspielen.

Ad 3. Den dritten Einwand gegen die Einheitlichkeit der Formen der septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses, nämlich dass das Fieber bei den verschiedenen Formen einen verschiedenen Verlauf nehme, kann man, denke ich, mit wenigen Worten abtun, und ich erwähne seiner nur aus dem Grunde besonders, weil Massei grossen Nachdruck auf die Fieberkurve der von ihm als primäres Kehlkopferysipel beschriebenen Form als charakteristisch für dieselbe legt. Mir aber scheint es, dass die Höhe der Temperatur und die Fieberkurve in diesen Fällen so vollständig a) von der Quantität und Virulenz des in den Körper gelangten Giftes, b) von der Frage, ob die resultierende Entzündung serösen, purulenten oder gemischten Charakters ist, und c) möglicherweise auch von der Frage abhängen wird, in welchen Geweben sie zuerst lokalisiert war — dass man nicht erwarten kann, dass das Fieber in diesen Fällen einen einfach typischen Verlauf nehmen wird. Ich kann wiederum für den Zweck einer Illustration dessen, was ich meine, nicht besser tun, als zu dem analogen Falle der Diphtherie zurückzukehren. Auch in dieser Krankheit variiert der Höhegrad des Fiebers in auffälligster Weise: während niemals eine Tendenz zu äusserster Hyperpyrexie vorhanden ist, bleibt die Temperatur oft gerade in den schwersten und bösartigsten Fällen ganz niedrig[2]). Niemand hat aber, soviel ich weiss, je die Vermutung ausgesprochen, dass die Temperaturdifferenz in verschiedenen Fällen dieser Krankheit eine Verschiedenheit in der Natur derselben konstituiere. Weitere und genauere Beobachtungen, als ich sie leider in vielen meiner Fälle habe anstellen können, werden zu erweisen haben, ob überhaupt ein allgemeiner Fiebertypus bei diesen septischen Entzündungen besteht; was auch

1) Vgl. z. B. Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. 3. Auflage, 1881 S. 31.

2) Morell Mackenzie, Diseases of the Throat and Nose. Vol. I. 1880, p. 142.

immer aber das Ergebnis einer solchen Untersuchung sein mag, so kann dasselbe meiner Ansicht nach unsere allgemeinen Anschauungen hinsichtlich der Identität oder Nichtidentität der individuellen Formen nicht beeinflussen.

ad. 4. Der wichtigste Einwand aber gegen meine Anschauung von der Einheit dieser septischen Entzündungen, ein Einwand, der sicher erhoben werden wird, ist der, dass in einer Anzahl der Fälle die Entzündung rein ödematöser, in einer anderen rein purulenter Natur war, und dass diese Tatsache entschieden darauf hindeute, dass diese zwei Klassen verschiedenen Ursprungs seien. Vor ein paar Jahren noch hätte dieser Einwand tatsächlich meinen Vorschlägen den Garaus gemacht. Damals wurde dogmatisch gelehrt und in der ganzen Welt geglaubt, dass es zwei verschiedene pathogene Mikroorganismen gäbe, der eine der Streptococcus pyogenes, der andere der Streptococcus erysipelatosus (Fehleisen), und dass diese beiden Mikroorganismen, obwohl unter dem Mikroskop und in Reinkulturen von einander ununterscheidbar, doch wesentlich von einander verschieden seien, indem der erstere stets und ausnahmslos eine eitrige, der letztere ebenso ausnahmslos eine ödematöse Form von Entzündung bewirke.

Solche Fälle wie meine beiden letzten würden unter der Herrschaft dieser Lehre natürlich in die Kategorie der Mischinfektionen verwiesen worden sein, eine jedenfalls sehr bequeme Erklärung. Im Laufe der letzten Jahre aber hat sich die Ansicht der Bakteriologen über diese Frage sehr erheblich gedreht. Schon im Jahre 1891 war die Spezifizität des Fehleisen'schen Erysipelcoccus mehr und mehr zweifelhaft und seine wirkliche Identität mit dem Streptococcus pyogenes wahrscheinlicher geworden. Für einen stringenten Beweis aber waren zwei Dinge erforderlich, nämlich: erstens der Nachweis, dass der Streptococcus pyogenes beim Menschen auch Erysipelas erzeugen könne, und zweitens die Demonstration der Tatsache, dass auch andere pyogene Organismen dasselbe Resultat produzieren können. Dieser Beweis wurde bei der Versammlung der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft im Jahre 1891 durch eine treffliche Arbeit, betitelt: „Ueber die Aetiologie des Erysipels“[1]) von Dr. Max Jordan, dem Assistenten Prof. Czerny's an der Heidelberger chirurgischen Klinik, erbracht.

Der Autor war in der Lage, die noch existierende Lücke durch die klinische Beobachtung und bakteriologische Untersuchung von zwei Fällen von Erysipel mit dem Ergebnis auszufüllen, dass die Frage nach der Natur des Erysipelcoccus im Sinne seiner Nicht-Spezifizität entschieden wurde.

Andere in der Literatur berichtete und von dem Autor zitierte Tatsachen, zusammengehalten mit den in seinen eigenen beiden Fällen ge-

---

1) Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 42. 1891. S. 325 ff. — Ein Autoreferat dieser Arbeit ist von Dr. Jordan im Centralblatt für Chirurgie, Bd. 18, Appendix, S. 77 u. 78 gegeben worden, und seine Schlüsse (s. weiterhin) werden in seinen eigenen Worten zitiert.

wonnenen Erfahrungen, ermöglichten es ihm, die beiden folgenden Schlüsse zu ziehen:

1. „Das Erysipel ist ätiologisch keine spezifische Erkrankung; es wird in der Regel veranlasst durch den Streptococcus pyogenes, kann aber auch durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufen werden.“

2. „Der Erysipelerreger tritt mit grösster Wahrscheinlichkeit in jedem Falle in die Blutbahn über: die im Anschluss an Erysipel sich entwickelnde Pyämie ist also eine primäre, nicht auf Mischinfektion beruhende.“

Diese allgemeinen Schlüsse bewegen sich, wie ich nicht auseinanderzusetzen brauche, in genau derselben Richtung wie die Vorschläge der gegenwärtigen Arbeit, und unterstützen, wie ich denke, erheblich meine Ansichten über die spezielle hier zur Diskussion gestellte Frage.

Aber ein noch viel mächtigerer Bundesgenosse dieser Ansicht ist kürzlich in einer zweiten[1]) Arbeit von Dr. Jordan erstanden, in welcher dieser Autor auf der denkbar breitesten Basis die Natur septischer Affektionen im allgemeinen bespricht. Diese Arbeit ist in der Tat so wichtig für den Punkt, den ich zu beweisen wünsche, dass es mir erlaubt werden muss, ein kurzes Résumé derjenigen Abschnitte ihrer Einleitung zu geben, in welchen er in der klarsten und überzeugendsten Weise die gegenwärtigen bakteriologischen Anschauungen über die Natur der Entzündungen im allgemeinen, über die Aetiologie der Eiterung, über Bakterien als Ursachen eitriger Entzündung, über die Wirkungsweise pyogener Kokken und über den Einfluss der Natur und des Zustandes der Gewebe zusammenstellt, in denen die Entzündung auftritt.

Dr. Jordan folgt der Cohnheim'schen Lehre von der Pathologie der Entzündung, indem er von der These ausgeht, dass der „Entzündungsreiz“ primär die Blutgefässe befällt, dieselben erweitert und eine Veränderung ihrer Wandungen herbeiführt, als deren Folge vermehrte Transsudation und erleichterte Durchgängigkeit für Leukocyten erfolgt; die Auswanderung (Diapedesis) der letzteren ist das Hauptsymptom. Die Intensität des Entzündungsreizes ist von Wichtigkeit für die Bestimmung des Charakters des resultierenden Exsudats; daher haben wir zwischen serösen, fibrinösen oder croupösen, eitrigen und hämorrhagischen Entzündungen zu unterscheiden.

Aus einer Analyse der Experimentalforschung bezüglich der Frage der Eiterung kommt Jordan sodann — unter anderen — zu folgenden zwei Schlussfolgerungen:

1. Es gibt keine spezifischen Eitermikroben. Abgesehen von den Streptokokken und Staphylokokken gibt es noch eine grosse Anzahl anderer Bakterien, die unter gewissen Umständen eine eitrige Entzündung hervorrufen können.

---

1) Die akute Osteomyelitis und ihr Verhältnis zu den pyogenen Infektionen auf Grund klinisch-bakteriologischer Beobachtungen, sowie des jetzigen Zustandes der Bakteriologie. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. X. Tübingen. 1893.

2. Die eigentlichen pyogenen Kokken können neben der purulenten Form auch alle anderen Formen von Entzündung erzeugen.

Diese Punkte werden nun detailliert bewiesen; der Autor zeigt in Form von Zitaten aus den Arbeiten der hervorragenden Bakteriologen der letzten Dekade, dass jeder der folgenden Mikroorganismen, nämlich: 1. der Staphylococcus aureus, albus und citreus, 2. der Streptococcus pyogenes*), 3. der Staphylococcus citreus, albus und flavus, 4. der Micrococcus pyogenes tenuis, 5. der Micrococcus tetragenus, 6. der Pneumococcus**) (Fränkel und Weichselbaum), 7. der Bacillus pyogenes foetidus, 8. der Bacillus typhosus, 9. das Bacterium coli commune, 10. der Bacillus pyocyaneus — an sich allein eine eitrige Entzündung produzieren kann.

In besonderem Zusammenhange mit dem gegenwärtig zur Diskussion stehenden Gegenstande ist seine Angabe von speziellem Interesse, dass heutzutage die Identität des Streptococcus pyogenes mit dem Streptococcus erysipelatosus von den hervorragendsten Bakteriologen, wie Baumgarten, Fränkel, Cornil, Babes und anderen uneingeschränkt anerkannt wird.

Der zweite Punkt, nämlich dass die Wirkungsweise der eigentlichen pyogenen Kokken keine ausschliesslich pyogene ist, wird sodann ebenso erschöpfend bewiesen. Jordan zeigt: 1. dass der Staphylococcus eine rein seröse Entzündung bewirken kann, und 2. dass der Streptococcus***) die allerverschiedensten Entzündungsformen, d. h. neben der eitrigen auch a) seröse, b) fibrinöse und c) nekrotisierende Entzündung hervorzurufen vermag.

In den beiden folgenden Abschnitten bespricht er den Modus der Aktion der pyogenen Kokken und ihre pathologische Bedeutung, und kommt aus tatsächlichen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass in einem vorher völlig gesunden Organismus kleine Quantitäten von pyogenen Kokken ohne jede gleichzeitige Wirkung prädisponierender Elemente ausreichen, eine purulente Reaktion der Gewebe hervorzurufen. Dies führt natürlich zu einer Besprechung der Verhältnisse, unter denen eine Infek-

---

*) In allen Fällen meiner zweiten Serie, in denen ich eine bakteriologische Untersuchung anstellen lassen konnte — es waren dies aber leider nur vier — fand sich der Streptococcus pyogenes. — Ich habe auf Grund dieses Ergebnisses in späteren Fällen nicht gezögert, sofort ein polyvalentes Antistreptococcusserum in Anwendung zu ziehen, sobald die klinische Diagnose gestellt war, selbst ohne die bakteriologische Bestätigung der Gegenwart des Streptococcus pyogenes abzuwarten (vgl. hierzu den „Epilog" S. 423) und habe in einem Falle einen augenscheinlichen Erfolg von dieser Medikation gesehen.

**) Spätere Erfahrungen haben mich darüber belehrt, dass die Pneumococcusinvasion der oberen Luftwege ein von dem hier geschilderten wesentlich verschiedenes Krankheitsbild, tatsächlich eine Krankheit sui generis, produzieren kann. Vgl. die bezügliche Arbeit in diesem Bande S. 425 u. ff.).

***) Es wird aller Wahrscheinlichkeit nach gefunden werden, dass der Streptococcus pyogenes der Hauptrepräsentant in der Gruppe der pyogenen Kokken ist, welche die akuten septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses bewirken.

tion erfolgen kann. Er zeigt, dass die blosse Gegenwart pyogener Mikroorganismen im Körper nicht mit absoluter Notwendigkeit zur Produktion von Eiterung führt, und postuliert für das Zustandekommen einer solchen zwei notwendige Bedingungen, nämlich: 1. dass eine gewisse Quantität von pathogenen Lebewesen eingeführt werden muss, und 2. dass dieselben eine gewisse Virulenz besitzen müssen. Schon Fehleisen hatte gefunden, dass kleine Dosen pyogener Mikroben keinen Einfluss auf Hunde und Kaninchen haben, während die Injektion grosser Dosen zum schnellen Tode der Versuchstiere führt. Aehnliche Resultate wurden von Watson Cheyne und Hermann erzielt. Was die Frage der Virulenz anbetrifft, so ist dies eine variable, nicht eine konstante Eigenschaft, die von einer Anzahl verschiedener Faktoren abhängt, namentlich von dem Zustande der Ernährung und des Alters der Kulturen der Mikroorganismen.

Endlich zeigt Jordan, dass die Natur und der Zustand der Gewebe, welche von pyogenen Organismen befallen werden, beträchtliche Unterschiede in der Natur der resultierenden Entzündung hervorbringen kann. Die individuellen Gewebe zeigen sehr verschiedene Widerstandsfähigkeit gegenüber der Invasion verschiedener Mikroorganismen, und ihre Resistenz variiert weiterhin, wenn in ihnen, sei es infolge lokaler oder konstitutioneller Ursachen, Veränderungen bestehen. Im Zusammenhange mit der uns beschäftigenden Frage ist die Tatsache hier von besonderem Interesse, dass, wie Bujwid's Experimente gezeigt haben, in Fällen von Diabetes die Widerstandsfähigkeit der Gewebselemente vermindert wird. Diese Experimente wurden zu dem Zwecke angestellt, die Ursache der Häufigkeit von Abszessen und Furunkeln bei Diabetikern zu ermitteln und werfen ein interessantes Streiflicht auf die Tatsache, dass in mehreren meiner eigenen Fälle während der septischen Entzündung des inneren und äusseren Halses Zucker im Urin gefunden wurde, oder dass das Leiden selbst bei schon früher zuckerkranken Personen auftrat.

Es ist klar, dass diese Schlussfolgerungen Jordan's die vollständigste und befriedigendste Rechtfertigung meiner eigenen Haltung liefern, die ich mir irgend wünschen könnte. Im Lichte seiner Angaben betrachtet, werden meine Vorschläge, so revolutionär sie vom rein klinischen Standpunkt aus erschienen haben mögen, tatsächlich eine blosse klinische Anwendung allgemeiner bakteriologischer Grundsätze auf eine gewisse Gruppe septischer Entzündungen. Denn wenn zugestanden wird — was, wie ich denke, jetzt geschehen muss —, dass es keine pyogenen Organismen gibt, welche eine ausschliessliche und spezifische Wirkung dahin haben, dass sie nur Eiterung und nichts als Eiterung erzeugen, und ferner, dass verschiedene Mikroben die Fähigkeit besitzen, je nach ihrer Virulenz, ihrer Quantität und dem Charakter der Gewebe, in denen sie sich entwickeln, irgend eine Form von Entzündung, d. h. seröse, fibrinöse, purulente oder hämorrhagische,

hervorzurufen — so ist es klar, dass die spezielle Form des Exsudats, das in einem gegebenen Falle angetroffen wird, nicht länger als das entscheidende Kriterium für die pathologische Klassifikation des individuellen Falles angesehen werden darf, und dass eine auf solchen nicht existierenden Differenzen aufgebaute Terminologie als unlogisch und irreführend aufgegeben werden muss. Dies ist es, was ich in dieser Arbeit vom rein klinischen Gesichtspunkt zu etablieren versucht habe, und es gereicht mir zur freudigen Genugtuung, dass die Resultate eines unabhängigen klinischen Studiums so völlig mit dem Ergebnis der gesamten bakteriologischen Lehren des heutigen Tages im Einklang stehen.

Selbstverständlich bin ich mir ganz klar darüber, dass der schliessliche Beweis für die Richtigkeit meiner Anschauungen noch zu erbringen ist. Erst wenn nachgewiesen sein wird, dass in den leichtesten ebenso wie in den schwersten Formen von Entzündungen des äusseren und inneren Halses pathogene Organismen angetroffen werden, welche in der Kultur im einen Falle eine seröse, im andern eine eitrige Entzündung hervorzubringen vermögen, wird die Frage endgültig gelöst sein. Ich bin jedoch fest überzeugt, dass dies nur eine Frage der Zeit sein kann, und inzwischen hoffe ich, dass ich es zum wenigsten äusserst wahrscheinlich gemacht habe, dass die verschiedenen Formen septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses in Wirklichkeit pathologisch identisch sind.

Sollte sich eine allgemeine diesbezügliche Uebereinstimmung erzielen lassen, so muss der nächste Schritt natürlich in einer radikalen Revision unserer gegenwärtigen Nomenklatur der ödematösen Affektionen des Kehlkopfs bestehen. Das Kapitel: „Oedem des Kehlkopfs“, das man gegenwärtig in den meisten Lehrbüchern der Laryngologie findet, muss entweder vollständig verschwinden, da ein seröses Transsudat in die Gewebe dieses Organs ein durch die heterogensten Affektionen gesetztes Symptom ist, oder muss jedenfalls, wie Kuttner dies vorschlägt, auf die passiven Formen des Oedems, wie man sie bei der chronischen Nephritis antrifft, eingeengt werden. Andererseits dürfen keine besonderen Kapitel dem „Entzündlichen Oedem“, dem „Erysipel“, der „Phlegmone des Pharynx und Larynx“ und der „Angina Ludovici“ gewidmet werden, und die bisher unter diesen Namen beschriebenen Affektionen sollten als blosse verschiedene Stadien eines und desselben pathologischen Prozesses unter dem einen gemeinsamen Namen: „Akute septische Entzündungen des inneren und äusseren Halses“ zusammengefasst werden.

Epilog*).

Die in diesem Vortrag entwickelten Anschauungen fanden zunächst nichts weniger als die erhoffte allseitige Zustimmung, Wohl entspann sich eine äusserst lebhafte Debatte, die zwei volle Sitzungen der Gesell-

*) 1911.

schaft in Anspruch nahm*), und an der sich zwölf Redner beteiligten. Die grosse Mehrzahl derselben aber bekämpfte — teilweise mit einer in dieser hochakademischen Gesellschaft ganz ungewöhnlichen Heftigkeit — die neuen Ansichten. Man stand eben zu jener Zeit noch fast allgemein auf dem Standpunkt der Spezifizität der pathogenen Bakterien, und konnte nicht begreifen, dass Entzündungen, lokalisiert in teilweise verschiedenen Regionen, charakterisiert durch Exsudate verschiedenen Charakters, und hervorgerufen durch verschiedene Mikroorganismen — doch „pathologisch identisch" sein sollten. Einige Redner versuchten einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen und sprachen von einer „Verwandtschaft" der verschiedenen erörterten Prozesse. Völlig auf den Standpunkt des Vortragenden stellten sich nur wenige, vor allen der viel zu früh verstorbene Kanthack.

In seinem Schlusswort hielt der Vortragende auf das Bestimmteste die von ihm vertretene Anschauung fest, entkräftete die ihm gemachten Einwürfe, erklärte sich — mit besonderer Berufung auf seine analoge Erfahrung bei seiner anfänglich mit Hohngelächter aufgenommenen Behauptung hinsichtlich der Identität des Myxödems, der Cachexia strumipriva und des endemischen und sporadischen Kretinismus**) — für ganz und gar nicht durch die abweisende Aufnahme seiner Ansichten entmutigt und sagte mit Sicherheit deren schliesslichen Sieg voraus.

Sieben Jahre vergingen, ohne dass — in England wenigstens — die Frage von neuem wieder aufgenommen worden wäre. Im Jahre 1902 aber hielt vor derselben Gesellschaft Mr. Philipp de Santi einen Vortrag, betitelt: „Ein Bericht über vier Fälle von akuter septischer Entzündung des Halses mit bakteriologischer Untersuchung in jedem derselben", den er im Untertitel ausdrücklich als „eine Folge einer ähnlichen von Sir Felix Semon im April 1895 verlesenen Arbeit" bezeichnete und in dem er an der Hand seiner bakteriologischen Untersuchung den — mir leider unmöglich gewesenen — bestimmten Nachweis erbrachte: 1) dass auch die leichteren von mir beschriebenen Fälle septischen Ursprungs gewesen seien und 2) dass der Streptococcus pyogenes sowohl eine seröse, wie eine purulente, wie eine gangränöse Entzündung beim Menschen hervorrufen könne. Als Endergebnis seiner höchst lesenswerten Arbeit tritt er natürlich meinen Ansichten über die pathologische Identität der von mir erörterten Formen uneingeschränkt bei.

Die Aufnahme, die der de Santi'sche Vortrag fand***), ist direkt humoristisch, wenn verglichen mit derjenigen, die dem meinigen nur sieben Jahre früher in derselben Gesellschaft zuteil geworden war. Mit einer einzigen Ausnahme wurde von keiner Seite nunmehr Einspruch erhoben, ja die meisten Redner betrachteten seine Anschauung als ganz selbstverständlich! — So schnell wechseln wissenschaftliche Ansichten. — —

---

*) Vgl. Procedings of the Royal Med. a. Chir. Society Third Series, Vol. VII p. 133.
**) Vgl. Bd. I Ss. 519 u. 522.
***) British Medical Journal, 14. Februar 1903.

Aus dem schliesslichen Teil der de Santi'schen Arbeit möchte ich noch seine therapeutischen Ansichten hervorheben. Er spricht sich mit Entschiedenheit gegen die äussere Anwendung von Eis aus, da er glaubt, dass kalte Applikationen nur dazu beitrügen, die bereits geschädigten Teile noch weiter zu devitalisieren. Er rät zum innerlichen Gebrauch grosser Dosen von Liq. ferri sesquichlor., zur Skarifizierung resp. frühzeitigen Tracheotomie bei beträchtlicher ödematöser Larynxstenose, zum Einreiben reiner Karbolsäure in gangränöse Teile, und vor allem: zur Anwendung von Antistreptoccusserum (10—20 ccm beim Erwachsenen, eine entsprechend kleinere Dose bei Kindern), sobald die bakteriologische Untersuchung die Gegenwart des Streptococcus pyogenes erwiesen habe. Diese Injektionen leisteten ihm in dreien seiner vier Fälle, namentlich im vierten: einem ganz verzweifelten Falle septischer Pharyngitis, gefolgt von Septikämie, tiefen Drüsenabszessen am Halse und Pericarditis, vorzügliche Dienste. — In seiner Arbeit knüpft de Santi an die Verwendung des Antistreptococcusserums als unerlässliche Bedingung, dass die Gegenwart des Streptococcus pyogenes durch bakteriologische Untersuchung gesichert sein müsse, da sie sonst „äusserst gewagt" sei. — Gegenwärtig, wie er mich ermächtigt zu erklären, hält er dieses Bedenken nicht mehr aufrecht, und injiziert, ebenso wie ich es später wiederholt getan habe*), polyvalentes Antistreptococcusserum, sobald die klinische Diagnose gesichert ist, ohne die bakteriologische Differenzierung abzuwarten.

Es ist auch schwer zu sehen, wie man bei manchen Fällen die Injektion, wenn sie überhaupt etwas leisten soll, von der bakteriologischen Spezialdiagnose abhängig machen soll. Ich habe in meiner zweiten Serie das besondere Unglück gehabt, mehrere Male durch eine dringliche Depesche ohne Andeutung der Natur des Leidens des Kranken gerade am Sonnabend abend spät weit in die Provinz hinaus berufen zu werden, und fand meine Patienten am zweiten Krankheitstage ihrer akuten septischen Infektion. Ueber der Entnahme und Uebersendung des Sekretes resp. Exsudates nach dem nächsten bakteriologischen Institut, über der Untersuchung und dem Bericht, wenn auch telegraphisch übermittelt, wären zum wenigsten zwei weitere Tage verflossen, und bei der furchtbaren, oben gezeigten Schnelligkeit des ganzen Verlaufes wäre es in der Mehrzahl der Fälle dann mit der Anwendbarkeit der Methode überhaupt zu Ende gewesen, abgesehen davon, dass ihr Nutzen nach anderweitigen Erfahrungen um so grösser ist, je früher sie zur Verwendung kommt. Ausserdem wissen wir heute, dass selbst, falls ein anderer pathogener Mikroorganismus als der Streptococcus pyogenes in dem betreffenden Falle der Krankheitserreger sein sollte, die Injektion einer Dose von Antistreptococcusserum keinen ernstlichen Schaden anrichten kann, und bei der entsetzlichen Schwere der fulguranten Fälle

---

*) Vgl. Anmerkung *) S. 419.

ist es unsere Pflicht, kein einigermassen aussichtsvolles Mittel unbenutzt zu lassen.

Die Erwähnung der Schnelligkeit des Verlaufes und der furchtbaren Natur der schweren Fälle bringt mich zu einer Schlussbemerkung, die mir nicht verübelt werden mag. Ich finde, dass in vielen sonst vortrefflichen Lehrbüchern keine genügende Beschreibung dieses Krankheitsbildes gegeben wird. Es mag wohl sein, dass es auch vielerfahrenen Autoren an eigener Erfahrung über diese glücklicherweise sehr seltenen Leiden mangelt und dass sie sich daher begnügen, einen kurzen Auszug der Erfahrungen anderer nach einem kurzen, bisweilen noch dazu ungenauen oder direkt unrichtigen Referat aus zweiter oder dritter Hand zu geben. Wenn man aber öfters am Bette dieser Leidenden gestanden und gesehen hat, wie die ganze Umgebung mit Einschluss des Hausarztes, ein so gewiegter Praktiker derselbe auch sonst sein mag, gegenüber der unheimlichen Krankheit, die einen vorher völlig gesunden, kräftigen Mann binnen weniger Stunden an den Rand des Grabes gebracht hat, vollständig den Kopf verliert; wenn man sich erinnert, wie ausnahmslos von dem Consiliarius sofortige Diagnose, Prognose und therapeutisches Vorgehen erwartet wird — dann fühlt man, dass, so selten auch diese Affektionen sind, eine ausführliche Beschreibung derselben in keinem Lehrbuch fehlen darf, um dem Consiliarius, von dem soviel erwartet wird, die Mittel an die Hand zu geben, nützlich zu wirken, selbst wenn ihm bisherige eigene Erfahrungen über diese akuten Infektionen fehlen sollten.

Möchte das Vorstehende dazu beitragen, die Verfasser künftiger Lehrbücher oder neuer Auflagen älterer dazu anzuregen, diesen Leiden ausführlichere Behandlung angedeihen zu lassen, als denselben bisher vielfach zuteil geworden ist! —

VIII.

Die Pneumokokkeninvasion des Halses.

a) Tertiäre Syphilis oder Pneumokokkeninvasion des Gaumens? *)

Ein etwa 50 jähriger, verheirateter, kinderloser Herr ohne jede syphilitische Vorgeschichte erkrankt an Influenza. Während des Anfalls treten heftige Schmerzen im Halse, im rechten Ohr und in der Scheitelgegend auf. Ein hinzugezogener Ohrenarzt konstatiert Rötung des rechten Trommelfelles ohne Zeichen schwererer Erkrankung.

Etwa 14 Tage nach Ablauf des akuten Stadiums werde ich konsultiert, da die lokalen Beschwerden andauern. Ich finde Fortbestehen der Kongestion des Trommelfelles bei normalem Gehör, doppelseitige beträchtliche follikuläre Tonsillitis, allgemeinen Rachenkatarrh. Die Temperatur ist normal, der Puls klein und geschwind (86). Behandlung: Aspirin innerlich, Guajak-Pastillen, Menthol-Spray, Kalomel.

Zehn Tage später erneute Konsultation mit dem Hausarzt, weil die Halsbeschwerden fortbestehen, während die Ohrenschmerzen sich gebessert haben. Die ganze Rachenschleimhaut ist noch stark geschwollen, die Schwellung erstreckt sich in den Nasenrachenraum, die Mandeln etwas kleiner als bei Gelegenheit der ersten Konsultation, das rechte Trommelfell weit weniger gerötet, Lichtreflex deutlich sichtbar. Patient klagt über Schmerzen im Halse und Absonderung beträchtlicher Mengen zähen, glasigen Schleimes. Stimme leicht näselnd. Behandlung: Bor-Kokain-Adrenalin-Spray, lokale Applikation von schwacher Chlorzinklösung, Arsenik und Strychnin innerlich.

Fünf Wochen später werde ich wiederum konsultiert, weil noch immer keine wirkliche Besserung eingetreten ist. Nach dem Bericht des Hausarztes haben inzwischen sowohl die Beschwerden des Patienten, wie der objektive Befund merkwürdige Wandlungen durchgemacht. Bisweilen ist das Aussehen des weichen Gaumens ganz normal gewesen, innerhalb 24 Stunden stellt sich dann eine Infiltration, speziell der rechten Hälfte ein, auf der bisweilen oberflächliche Ulzerationen sichtbar sind, die Stimme wird wieder näselnd und der Patient klagt über heftige Schmerzen im rechten Ohr. Diese Erscheinungen gehen dann allmählich zeitweise vollständig zurück, um sich nach wenigen Tagen wieder ein-

*) Veröffentlicht in der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde.“ 1907. Nr. 10.

zustellen. Dabei nie Temperatursteigerung, aber erhebliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens und starke gemütliche Depression.

Am Tage der Konsultation ist die ganze rechte Hälfte des Gaumens und Rachens stark geschwollen und gerötet, die Uvula etwas ödematös. Während die Infiltration der rechten Gaumenhälfte am stärksten ausgeprägt ist, erscheint auch die ganze rechte Seitenwand des Rachens vom Niveau der Tubenöffnung herab bis zu dem des Kehlkopfes stark gerötet und geschwollen. Heute keine Ulzeration sichtbar, aber die rechte Mandel mit einem weisslichen Exsudat bedeckt. Die Cervikaldrüsen nicht geschwollen. Das rechte Trommelfell vollständig normal. Da es sich um einen obskuren infektiösen Prozess im Zusammenhang mit der ursprünglichen Influenza zu handeln scheint, rate ich, Abstrichpräparate von den geschwollenen Gaumenpartien und von dem Mandelsekret einem Bakteriologen ersten Ranges zu unterbreiten, inzwischen den Pat. Donovan's Lösung (Arsenik, Merkur, Jod) nehmen zu lassen, und ihn mit Applikation von Kälte mittels einer Leiterschen Röhre und Eispillen zu behandeln.

Der Bakteriologe findet zunächst den B. catarrhalis, spricht sich aber nach Untersuchung weiterer Präparate mit Bestimmtheit dahin aus, dass es sich um eine Pneumokokkeninvasion handelt, da er letzteren Organismus wiederholt fast in Reinkultur findet. Auf seinen Vorschlag wird eine subkutane Injektionskur mit einem von ihm hergestellten Pneumokokkenserum unter Kontrolle des opsonischen Index eingeleitet, deren Ausführung er selbst übernimmt.

Als ich den Patienten acht Tage später wiedersehe, finde ich noch immer sehr beträchtliche dunkelrote Infiltration der rechten Gaumenhälfte und rechten Seitenwand. Die Uvula ist weniger infiltriert als bei Gelegenheit meines letzten Besuches, und die linke Gaumenhälfte, die inzwischen, dem Bericht des Hausarztes zufolge, auch geschwollen gewesen ist, sieht ganz normal aus. In der rechten Mandelbucht ein oberflächliches Geschwür, bedeckt von weisslichem Sekret. Die Stimme, die inzwischen sehr stark näselnd gewesen ist, ist besser, Patient kann auch leichter schlucken, obwohl noch immer beim Schluckakt heftiger, in das rechte Ohr ausstrahlender Schmerz im Halse auftritt. Ob die leichte geschilderte lokale Verbesserung auf die Seruminjektionen zurückzuführen ist, die inzwischen, kontrolliert durch Blutproben, regelmässig in Anwendung gezogen worden sind, oder ob sie sich unabhängig von den Injektionen vollzogen hat, bleibt zweifelhaft, da Schwankungen in dem Befunde und in den Symptomen schon vor der Aufnahme der Injektionen vorhanden gewesen sind. Das Allgemeinbefinden ist inzwischen zweifellos abwärts gegangen; der Patient ist abgemagert, sein Gemütszustand schwankt zwischen Hoffnung und Niedergeschlagenheit. Keine Schwellung der Cervikaldrüsen. Keine Temperatursteigerung. Kein Albumen im Urin. — Ich kratze das Geschwür aus und händige das entfernte Material dem Bakteriologen zur Untersuchung ein, die aber nichts von Bedeutung zutage fördert.

Während der nächsten Tage dauern, wie ich mich durch nunmehr häufigere persönliche Untersuchung überzeuge, die Schwankungen an. An einem Tage sind der Gaumen und die Uvula mehr geschwollen, am nächsten weniger. Gelegentlich tritt oberflächliche Ulzeration in den tieferen Abschnitten der Infiltration der Seitenwand auf, die aber stets schnell verschwindet. Die subjektiven Beschwerden: nasales Timbre der Stimme, Schluckbeschwerden, Ohrenschmerzen — entsprechen den objektiven Veränderungen. Lokale Verordnungen behufs Milderung der Symptome, wie Menthol-Spray, Wasserstoffsuperoxyd-Spray, Einblasungen von Anästhesin, Pinselungen mit Zinkchloridlösungen sind wirkungslos. Im ganzen ist vielleicht eine ganz geringe lokale Verbesserung bemerkbar. Der opsonische Index variiert zwischen 0,7 und 1,5. Sobald er fällt, wird eine neue Injektion von Pneumokokkenserum gemacht.

Inmitten dieses Verlaufes, dessen Ende unabsehbar scheint, während dessen der Bakteriologe jedoch fest an die schliessliche Wirksamkeit seiner Injektionen glaubt, tritt ganz plötzlich und ohne jede Vorboten ein sehr unliebsamer Zwischenfall ein. Als ich den Pat. drei Tage nach meinem letzten Besuche und volle vierzehn Tage nach dem Beginne der Serumbehandlung wiedersehe, finde ich in der rechten Gaumenhälfte, nahe der Seitenwand des Pharynx, d. h. in einer Region, wo bis dahin nie eines der geschilderten oberflächlichen Geschwüre aufgetreten war, eine ovale Perforation von Bleistiftdicke, mit so scharfen, glattwandigen Rändern, als ob sie mit dem Locheisen ausgeschlagen worden sei. Der Patient hat sich in der Zwischenzeit nicht wohl gefühlt, und besonders über heftige Schmerzen beim Schlingen geklagt. Eine Eiterentleerung mit plötzlichem Nachlass des Schmerzes, wie beim Bersten eines Abszesses, ist bestimmt nicht erfolgt. Die Schmerzen halten auch jetzt noch an. Offenbar hat eine plötzliche Einschmelzung der Gewebe stattgefunden. Die Perforation sieht so charakteristisch für die bei Zerfall einer gummösen Infiltration des weichen Gaumens entstehenden Durchlöcherungen aus, dass, wenn sie nur mehr in der Mittellinie befindlich wäre, wo diese Perforationen bekanntlich gewöhnlich ihren Sitz haben, jeder erfahrene Beobachter unzweifelhaft auf den ersten Blick Syphilis diagnostizieren würde. Abgesehen aber von dem gänzlichen Mangel syphilitischer Antezedentien macht der geschilderte Verlauf des Falles eine solche Erklärung zum mindesten zweifelhaft. Ich beantrage daher eine Konsultation mit einem anderen erfahrenen Laryngologen, die am nächsten Tage stattfindet.

Der konsultierte Kollege findet es ebenso unmöglich wie ich, zu einem bestimmten Schlusse hinsichtlich der wahren Natur des vorliegenden Leidens zu kommen, teilt aber vollständig meine Ansicht, dass es zunächst indiziert sei, Jodkalium — das ich sofort nach Entdeckung der Perforation verschrieben hatte —, in steigender Dosis zu geben, und inzwischen die Seruminjektionen auszusetzen, um die Jodwirkung ungetrübt zu beobachten. Die Perforation heute anscheinend etwas grösser als gestern, sonst lokaler Befund unverändert. Patient fühlt sich etwas besser.

Im Laufe der nächsten vierzehn Tage nimmt unter fortwährendem Jodkaliumgebrauch die Schwellung der rechten Gaumenhälfte und der rechten Seitenwand allmählich ab, während die Perforation zunächst unverändert bleibt. Der Patient fühlt sich besser, die Schlingbeschwerden vermindern sich, die Stimme verliert ihr nasales Timbre.

Nach weiteren vierzehn Tagen, während deren der Patient an der See gewesen ist, dabei aber das Jodkalium in verstärkter Dosis regelmässig weiter gebraucht hat, ist fortschreitende erhebliche allgemeine nud lokale Besserung zu konstatieren. Der Patient sieht gesunder aus und fühlt sich wohler als seit dem Beginn seiner fest viermonatlichen Krankheit. Die Infiltration des Gaumens und Rachens ist bedeutend weiter heruntergegangen, die Perforation kleiner als zur Zeit ihres Entstehens.

Wiederum vier Wochen später, während deren der Patient unausgesetzt Jodkalium genommen hat, vollständige Genesung. Die Infiltration ist ganz zurückgegangen, die Stelle der Perforation durch eine seichte Einziehung der Schleimhaut der betreffenden Gaumenpartie mit Adhäsion an die Seitenwand ersetzt, die Schlingbeschwerden und Ohrenschmerzen ganz verschwunden. Die Stimme ist völlig klar und ohne jeden nasalen Beiklang. Obwohl die Unsicherheit der Diagnose dem sehr intelligenten Patienten niemals vorenthalten und auch zum Schluss noch nachdrücklich betont war, unterzieht er sich freiwillig einer prophylaktischen Schmie rkur.

Um was hat es sich in diesem Falle gehandelt?

Dass ein infektiöser Prozess vorgelegen hat, der sich entweder an eine Influenza anschloss, oder ursprünglich unter dem Bilde einer solchen auftrat, dürfte wohl allseitig zugestanden werden. Schwierig aber ist es zu unterscheiden, welcher Natur dieser infektiöse Prozess war. Peritonsillärer Abszess, Diphtherie, Vincent'sche Angina — an welch letztere ich anfänglich wiederholt dachte — können mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden, ersterer wegen der gänzlichen Verschiedenheit des klinischen Verlaufes, die beiden letzteren wegen der Abwesenheit der sie charakterisierenden pathogenen Mikroorganismen. Es bleiben nur noch Syphilis und Pneumokokkeninvasion, zwischen denen die Diagnose schwankt.

Für Syphilis sprechen a) das ungemein charakteristische Aussehen der Perforation und b) das sofortige Zurückgehen und allmähliche Erlöschen der vorher so rebellischen Affektion unter Jodkaliumgebrauch.

Gegen sie: a) der gänzliche Mangel syphilitischer Antezedentien, b) der stetig wechselnde Lokalbefund, c) die Länge der Zeit bis zum Auftreten der Perforation, d) die heftigen Schmerzen, e) das Auftreten oberflächlicher, spontan verheilender Geschwüre auf der Infiltration selbst, f) der ungewöhnliche Sitz der Perforation. — Selbstverständlich schliesst keine der letztgenannten Tatsachen Syphilis mit Bestimmtheit aus — ist doch die proteusartige Natur des Leidens zur Genüge bekannt —, aber die Vereinigung aller dieser ungewöhnlichen Momente zu dem ge-

schilderten Bilde mahnt jedenfalls zur Vorsicht bei der Diagnose Syphilis. Der Mangel jeder Lymphdrüsenschwellung kann für die Differentialdiagnose nicht verwertet werden.

Gegen den Zweifel werden natürlich das charakteristische Aussehen der Perforation und die Wirkung des Jodkaliums geltend gemacht werden. Beide Umstände fallen unzweifelhaft schwer in die Wagschale zugunsten der syphilitischen Natur des Leidens. Aber es könnte gegen sie wohl eingewendet werden: 1. dass es zum mindesten denkbar sei, dass bei dem Zerfall einer durch Pneumokokkeninvasion verursachten Infiltration eine Perforation zustande käme, welche einer syphilitischen Perforation täuschend ähnlich sähe; 2. dass das Auftreten der Perforation den Höhepunkt des Prozesses dargestellt haben möge und dass sich die nunmehr folgende Besserung auch ohne die Darreichung des Jodkaliums vollzogen haben würde; 3. dass Jodkalium nicht nur auf syphilitische, sondern auf viele andere Entzündungsprozesse einen resorbierenden Einfluss ausübe, und dass daher aus seiner Wirkung in diesem Falle nicht ohne weiteres ein ausschlaggebender Schluss auf die Natur des Leidens gezogen werden könne.

Das Gewicht dieser Gründe darf nicht unterschätzt werden, und als Gesamtergebnis der vorstehenden Untersuchungen bleibt die Diagnose Syphilis, da eine Untersuchung auf die Gegenwart von Spirochaete pallida leider nicht stattgefunden hat, m. E. zweifelhaft.

Ebenso steht es mit der Diagnose Pneumokokkeninvasion. Zunächst ist meines Wissens niemals ein Fall beschrieben worden, in welchem eine Pneumokokkeninvasion des Halses eine wohl charakterisierte Krankheit dieses Teiles ausgelöst hätte. Jedenfalls ist, soweit ich weiss, das klinische Krankheitsbild eines solchen Ereignisses vollständig unbekannt. Ferner dürfte die Erfolglosigkeit der vierzehn Tage lang konsequent durchgeführten Serumbehandlung der Affektion und der schliessliche teilweise Zerfall der Infiltration nicht mit Unrecht Zweifel daran erwecken, dass die blosse Gegenwart des Pneumococcus als gleichbedeutend mit der Entdeckung der Ursache der vorliegenden Krankheit zu setzen sei. — Endlich lassen der schleppende Verlauf des Falles und die Abwesenheit von Temperaturerhöhung nach den ersten paar Tagen mir die Urheberschaft eines pyogenen Mikroorganismus, wie des Pneumokokkus, an dem geschilderten Krankheitsbilde nach meinen sonstigen Erfahrungen von septischen Halsentzündungen als nicht eben wahrscheinlich erscheinen.

Indessen ist, wie eben erwähnt, das klinische Bild einer Pneumokokkeninvasion im Halse so vollständig unbekannt, dass die Möglichkeit nicht bestritten werden soll, dass es sich um eine solche gehandelt habe.

Der dunkle Fall wird in der Hoffnung veröffentlicht, dass die Erfahrungen des einen oder anderen Lesers dieser Monatsschrift weiteres Licht auf ihn werfen mögen.

---

b) Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses*).

In der No. 6 dieser Monatsschrift vom vorigen Jahre habe ich unter dem Titel: „Tertiäre Syphilis oder Pneumokokkeninvasion des weichen Gaumens?“ einen sehr ungewöhnlichen Fall beschrieben, in welchem ich es zweifelhaft liess, ob die Symptome auf Syphilis oder Pneumokokkeninfektion zurückzuführen seien. Kollege Ruprecht (Bremen) hat die von mir aufgeworfene Frage dahin beantwortet (diese Monatsschrift, 1907, No. 11), dass mein Fall beinahe sicher syphilitischen Ursprungs gewesen sei.

Die lichtvollen Ausführungen Ruprecht's und die Mitteilung seines in einigen Beziehungen dem meinen ähnlichen Falles hatten es mir wahrscheinlich gemacht — obwohl ich gestehen muss, dass mein klinischer Instinkt noch immer gegen diese Diagnose rebellierte —, dass es sich auch in meinem Falle um Syphilis gehandelt habe, als mir der Zufall, der bekanntlich hinsichtlich der Duplizität seltener Fälle so wunderbare Streiche spielt, einen neuen Fall zuführte, der mich völlig in die alten Zweifel zurückwarf. Folgendes ist die Geschichte desselben:

Am 11. November vorigen Jahres ersuchte mich Dr. Berry (Watford), sofort aufs Land zu kommen, um mit ihm einen sehr obskuren Fall zu sehen. Es handelte sich um eine 46 jährige, verheiratete Dame, Mutter mehrerer gesunder Kinder, welche im Laufe des vorhergehenden Sommers über Halsbeschwerden geklagt hatte, denen sie anfangs nicht besondere Aufmerksamkeit schenkte. Als aber die Beschwerden fortdauerten, ohne dass etwas Abnormes im Halse zu sehen war, wurde sie im Glauben, dass es sich um eine, wahrscheinlich klimakterische, Neurose handle, nach Eastbourne an die See geschickt. Dort entwickelte sich im Monat Oktober ein Geschwür in der rechten Mandel, welches allen therapeutischen Eingriffen trotzte. Ein konsultierter Londoner Laryngologe diagnostizierte tertiäre Syphilis der Tonsille, obwohl in der genau und seit langen Jahren bekannten Vorgeschichte der Patientin nicht der geringste Anhaltspunkt für eine stattgehabte Infektion vorlag. Dr. Berry bezweifelte die Richtigkeit der Diagnose, führte aber die vorgeschlagene Jodkali- und Merkurbehandlung loyal und strikt durch, bis sich bei der Patientin starke Merkurialisation einstellte, ohne dass sich der lokale Befund in der Tonsille und die Beschwerden der Kranken im mindesten gebessert hätten. Letztere nahmen im Gegenteil so stark zu und das Allgemeinbefinden verschlechterte sich so sehr, dass Dr. Berry meine Zuziehung wünschte.

Als ich die Patientin am 11. November sah, fand ich sie, obwohl fieberfrei, im Bette, sehr apathisch und in einem Zustand tiefer Prostration. Die lokalen Beschwerden bezogen sich auf heftige, vom Halse in das rechte Ohr ausstrahlende Schmerzen und extreme Dysphagie.

---

*) Veröffentlicht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1908. No. 7.

Bei der Untersuchung zeigte sich die rechte Tonsille kaum vergrössert, aber mit einem dicken weisslichen Belage bedeckt, welcher sich nach oben in den Nasenrachenraum bis zum Niveau der Tuba Eustachii, nach innen auf den weichen Gaumen bis zur Basis der Uvula und nach unten bis zum Niveau der Basis der Epiglottis und zu deren rechtem Drittel ausdehnte. Der Atem war entsetzlich übelriechend. Auffallenderweise waren die Cervikaldrüsen an der rechten Seite des Halses ganz und gar nicht vergrössert, dagegen war die ganze rechte seitliche Halsgegend in der Region des M. sternocleidomastoideus äusserst empfindlich auf Berührung und Druck. Palpation der Tonsille war trotz vorhergehender Cocainapplikation furchtbar schmerzhaft. Es stellte sich bei derselben heraus, dass der Belag ein grosses trichterförmiges, nach unten spitz zulaufendes Geschwür bedeckte, das sich offenbar fast durch die ganze Dicke der Tonsille erstreckte. Die Innenfläche des Geschwürs und seine Basis fühlte sich, soweit man dies durch den Belag erkennen konnte, überall matschig weich an, die Ränder waren weder erhaben noch verhärtet. Der Rest des Halses, die Brust- und Bauchorgane, die Haut, liessen nichts Abnormes entdecken. Der Puls war äusserst klein, kaum zu fühlen, die Zahl der Pulsschläge 72.

Ich brauche nicht zu betonen, dass der Fall nach allen Richtungen hin ein ungewöhnlicher war. Nur einmal in meinem Leben hatte ich etwas Aehnliches gesehen. Es war dies ein vor langer Zeit (1882) beobachteter Fall, den ich unter dem Titel „Ein Fall von (?) gangränöser Tonsillitis“ kurz im 12. Bande der „St. Thomas' Hospital Reports“ beschrieben habe. Auch in diesem Falle handelte es sich um einen schauderhaft stinkenden Belag auf der ulcerierten linken Tonsille eines 30jährigen, an schwerer Prostration leidenden Mannes, der ebenfalls fieberlos war und bei dem ebenfalls die Cervikaldrüsen absolut nicht vergrössert waren. In diesem Falle gingen nach Entfernung des Belages, Aetzung der Geschwürsbasis, Verordnung von Eisen und Chinin und Gebrauch eines antiseptischen Gorgarisma die Erscheinungen so schnell zurück, dass vier Tage später der Patient sich in voller Rekonvaleszenz befand und 11 Tage nach seinem ersten Besuch der Poliklinik als geheilt entlassen werden konnte. Eine mikroskopische resp. bakteriologische Untersuchung des Belages wurde nicht angestellt.

In dem gegenwärtig berichteten Falle war der Verlauf, wie man sehen wird, viel protrahierter. Ich erörterte mit Dr. Berry alle sich darbietenden Möglichkeiten: Syphilis, Tuberkulose, bösartige Neubildung, Vincent'sche Angina, chronische Diphtherie, Aktinomykose, chronische Sepsis, ohne mich für eine derselben definitiv zu entscheiden, bezeichnete es aber als das Wahrscheinlichste, dass eine chronische Sepsis vorläge. Ich entfernte den Belag, kratzte das Geschwür gründlich aus, excidierte Fragmente von seinen Rändern und veranlasste die Zusendung alles Entfernten an Dr. Bulloch, den Bakteriologen des London Hospital, den ich gleichzeitig ersuchte, das übersandte Material

mikroskopisch auf Tuberkulose, Aktinomykose und Bösartigkeit sowie bakteriologisch auf Tuberkelbacillen, Spirochaete pallida, Vincent'sche Spirillen und septische Mikroorganismen zu untersuchen, Kulturversuche anzustellen und mich von dem Ergebnis zu benachrichtigen. Ein weiteres vom Geschwür gewonnenes Abstrichpräparat wurde von Dr. Berry zwei Tage später Dr. Bulloch zugesandt. Mittlerweile verordneten wir Chinin innerlich, Formaminttabletten und einen Wasserstoffsuperoxydspray lokal, Anästhesineinblasungen vor Nahrungsaufnahme, weiche, nicht reizende Nahrung.

Am 15. November erhielt ich folgenden Bericht von Dr. Bulloch:

„Dr. Berry hat mir Material von der Tonsille des Falles gesandt, über welchen Sie mir geschrieben haben. Das Einzige, was ich aus demselben ermitteln konnte, ist die Gegenwart einer sehr grossen Anzahl von Kokken, die sich beim Kulturversuch zum grössten Teile als Pneumokokken [1]) herausstellten. Ich fand weder Tuberkelbacillen noch Spirochäten, noch epitheliales Gewebe oder andere Zellen als polynukleäre Leukozyten. Eine zweite Sendung, die mir heute zuging, zeigt wiederum eine grosse Anzahl von Kokken. Ich glaube, es handelt sich um eine Form von Sepsis."

Am 8. Dezember schrieb mir Dr. Berry, dass das Allgemeinbefinden der Patientin seit meinem Besuche stete Fortschritte gemacht habe, während das Geschwür zunächst 14 Tage lang in statu quo geblieben sei, und sich dann plötzlich zu reinigen begonnen habe. Gegenwärtig habe es sich beträchtlich verkleinert.

Am 4. Januar dieses Jahres wurde ich aufs neue berufen, weil die Patientin sich nur sehr langsam erholte. Ich fand sie nicht mehr bettlägerig und ohne schwere lokale Klagen, obwohl sie noch immer einige Schlingbeschwerden und unangenehme Empfindungen im Halse hatte, aber sehr schwach. Der Puls war klein (72), die Herztöne schwach. Das Geschwür in der rechten Tonsille rein aussehend und beträchtlich kleiner und flacher als bei meinem ersten Besuche, aber noch immer nicht ganz verheilt. Ich riet zu einem Aufenthalt im Hochgebirge (St. Moritz), welcher in Fällen langsamer Rekonvaleszenz nach septischen Infektionen meiner Erfahrung nach vortreffliche Dienste zu leisten pflegt, sobald der Kräftezustand der Patientin eine grössere Reise gestatte, und verabredete mittlerweile mit Dr. Berry stärkende Diät, möglichst viel Aufenthalt im Freien, Fortsetzung des Spraygebrauchs, Ratanhapastillen und Roborantien innerlich.

Bis zum 21. Januar ging alles gut. An diesem Tage aber benachrichtigte mich Dr. Berry, dass die rechte Mandel plötzlich stark geschwollen sei, das Geschwür, welches sich stetig weiter verkleinert hatte, sich bedeutend vergrössert habe, und die Patientin von neuem über heftige

---

1) In der Beschreibung dieses, ebenso wie meines früheren Falles ist unter dem Namen „Pneumoccus" der Diplococcus pneumoniae sive lanceolatus (Fränkel — Weichselbaum) verstanden.

Schmerzen im Halse und im rechten Ohr klage. Der Spray schiene nunmehr reizend zu wirken.

Ich schlug brieflich vor, einen Perhydrolspray für den Wasserstoffsuperoxydspray zu substituieren, es erfolgte aber keine Besserung und am 27. Januar wurde ich aufs neue berufen. In den inzwischen vergangenen Tagen hatten sich die Schmerzen weiterhin beträchtlich gesteigert, am 25. war eine diffuse Infiltration an der rechten Seite des Halses unterhalb des Processus mastoideus aufgetreten, und am 26. abends war — zum ersten Male seit dem Beginn der Krankheit — eine leichte Temperatursteigerung (38 °) registriert worden. Patientin fühlte sich sehr schwach. Am Morgen meines Besuches war spontan ein grosser, übelriechender, weisslicher, lederartiger Belag von der rechten Tonsille abgestossen worden, den ich behufs mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchung mit mir nahm. Die Tonsille selbst war nicht vergrössert, aber mit frischem, schmutzig aussehendem, übelriechendem Belage bedeckt, der sich nach unten bis zur Basis der Epiglottis erstreckte und deren rechten Seitenrand überzog. Auch diesmal keine Schwellung der Cervikaldrüsen an der korrespondierenden (rechten) Seite des Halses zu entdecken, dagegen ist in derselben unterhalb des rechten Processus mastoideus eine etwa 1—6 cm lange, 3—4 cm breite, harte, unregelmässige, in ihrem hinteren Abschnitt sehr druckempfindliche Infiltration zu fühlen. Die Haut über derselben ist nicht gerötet und adhäriert nicht. Puls 72, regulär, aber sehr schwach, Temperatur 37,2 °. Patientin hochgradig erschöpft. Starke Schlingbeschwerden. Ich drückte meine bestimmte Ueberzeugung aus, dass es sich um eine chronische septische Infektion handle und bereitete auf die Möglichkeit vor, dass sich ein Abszess entwickeln werde. Wir verordneten: Tinct. ferri sesquichlor. 30 Tropfen alle 4 Stunden, einen Spray von Hydrarg. bichlor. (1 : 2000), Exalgin (0,1) zur Bettzeit, äusserlich Liniment. Belladonnae und Chloroform, gefolgt von Spongiopilineapplikation auf die äussere Infiltration. Häufige Nahrungsdarreichung nach Anästhesinapplikation.

Der Bericht des Bakteriologen (Dr. Eastes) über den Belag lautet folgendermassen:

„Dieses Specimen besteht aus einem zähen fibrinösen Exsudat und nekrotischen Bestandteilen der Schleimhautoberfläche. Es enthält eine enorme Zahl und Varietät von Bakterien, in denen kurze Bacillen überwiegen. Von sonstigen Organismen wurden in einem Strichpräparat Spirillen, Pneumokokken und andere Mikrokokken gefunden, aber keine Spirochäten. Verschiedene Kulturmedia wurden in Anwendung gezogen, aber in allen besteht die erzielte Kultur hauptsächlich aus Pneumokokken. Der kurze Bacillus, der grampositiv war, tritt in den Kulturen nicht auf.

Nach dem geschilderten Befund hegte ich ernste Befürchtungen über den weiteren Verlauf der Dinge, und war sehr erfreut, drei Tage

später von Dr. Berry zu hören, dass wenigstens keine Verschlimmerung eingetreten, die Infiltration des Halses sogar etwas zurückgegangen sei. Im Innern des Halses seien die Dinge ziemlich unverändert, das Schlucken vielleicht etwas leichter, der Allgemeinzustand um ein Geringes besser.

Während der nächsten 11 Tage hörte ich nichts weiter von dem Falle. Am 10. Februar suchte mich der Gatte der Patientin auf, um mir in Dr. Berry's Namen mitzuteilen, dass seit meinem letzten Besuche ein erstaunlicher Umschwung zum Besseren vor sich gegangen sei. Die Infiltration des Halses, die Schlingbeschwerden, der Fötor, die Expektoration von Belägen seien völlig verschwunden und der Kräftezustand habe sich gehoben.

Diese Mitteilung wurde am 17. März von Dr. Berry brieflich dahin ergänzt, dass anfangs Februar die äussere Schwellung weiter zurückgegangen sei, dann am 4. Februar sich ein weiterer dicker Belag von der rechten Tonsille spontan abgelöst habe, dass sich dann das Geschwür gereinigt habe und eine rapide allgemeine Verbesserung eingetreten sei. Am 10. Februar war die Infiltration des Halses ganz zurückgegangen, an Stelle des Geschwürs in der Mandel nur eine Exkoriation vorhanden, der Fötor verschwunden, die Patientin konnte ohne Schmerzen und mit geringer Schwierigkeit halbfeste Nahrung geniessen und ihr Allgemeinbefinden hatte sich bedeutend gehoben. Am 20. Februar ging sie zu weiterer Stärkung an die See nach Margate, da es mittlerweile zu einem Aufenthalt im Hochgebirge wegen der Schneeschmelze zu spät geworden war.

Ich sah die Patientin am 13. April nach ihrer Rückkehr von Margate. Mit Ausnahme geringer Schwierigkeit beim Schlucken fester Speisen, welche auf die rechte Seite des Halses in der Gegend der Zungenbasis bezogen wurde, war kein subjektives Symptom von ihrer schweren Krankheit zurückgeblieben. Ich fand bei der Untersuchung, korrespondierend dem unteren Teil der rechten Tonsille, wo das Geschwür gesessen hatte, im Winkel zwischen der Tonsille und der Zunge eine fibröse Verdickung des zurückgebliebenen Mandelgewebes, welche die in Rede stehenden leichten Schluckbeschwerden vollkommen erklärte, und proponierte galvanokaustische Reduktion dieser Verdickung, falls die Beschwerden andauern sollten. Das Geschwür selbst war vollständig ausgefüllt, und eine leichte grauliche Verfärbung der betreffenden Gegend das einzige Anzeichen seines früheren Sitzes. Keine Spur einer sternförmigen Narbe, wie solche nach tertiären syphilitischen Geschwüren zurückbleiben. Die einzige auffällige Erscheinung im Halse der Kranken war ein wie mit dem Locheisen ausgeschlagener, scharfrandiger Substanzverlust im rechten freien Rande der Epiglottis, der mich lebhaft an den in meinem ersten Falle beschriebenen Substanzverlust im weichen Gaumen des Kranken erinnerte.

Etwa sechs Wochen später steigerten sich nicht nur die Schluckbeschwerden aufs neue, sondern die Artikulation der Patientin wurde

mangelhaft. Beide Symptome nahmen bis zu einem gewissen Grade allmählich zu und blieben dann stationär. Dr. Berry diagnostizierte Lähmung des rechten Hypoglossus und führte mir die Patientin am 1. Juli aufs neue zu.

An diesem Tage sah die Kranke besser aus, als ich sie je zuvor gesehen hatte, sprach aber langsam und mit Schwierigkeit, obwohl man sie gut verstehen konnte. Die Zunge konnte nicht über die Zähne vorgestreckt werden und ihre rechte Hälfte war deutlich, obwohl nicht hochgradig, atrophisch. Keine fibrillären Zuckungen. Der bei der letzten Untersuchung konstatierte Substanzverlust an der Epiglottis völlig unverändert. Das Innere des Kehlkopfes vollständig normal. Die Patientin klagt über gelegentliche leichte Schmerzen in der rechten Seite des Halses, die frühere Infiltration in dieser Gegend aber ist vollständig verschwunden und keine Vergrösserung der Cervikaldrüsen zu konstatieren, auch ist der Hals auf Druck nicht schmerzhaft. Ich wagte natürlich bei dem ungewönlichen Verlaufe des ganzen Leidens nicht, eine definitive Prognose zu stellen, sprach aber meine Hoffnung dahin aus, dass es sich um eine periphere toxische Neuritis des Hypoglossus, ähnlich den der Diphtherie und der Influenza folgenden, vorübergehenden Lähmungen handeln dürfte, und dass auch in diesem Falle Besserung zu erwarten sei. Therapeutisch empfahl ich lokale Faradisation und subcutane Strychnininjektionen in zunehmender Stärke.

Glücklicherweise scheint meine Hoffnung sich zu verwirklichen. Am 29. Juli berichtete Dr. Berry, dass die Sprache sich entschieden verbessert habe und die rechte Zungenhälfte fester in Substanz erscheine. Mit der Behandlung werde fortgefahren.

Dass es sich in diesem Falle nicht um Syphilis gehandelt hat, scheint mir sicher. Für dieselbe spricht nichts als die auf eine einmalige Untersuchung begründete Diagnose des vor mir konsultierten Kollegen, gegen sie 1. die genau bekannte negative Vorgeschichte, 2. der gänzliche Mangel früherer oder gleichzeitiger Zeichen von Syphilis in anderen Organen, 3. das völlige Fehlschlagen energischer antisyphilitischer Behandlung, 4. die Abwesenheit von Spirochaete pallida, 5. der von allem, was ich je von tertiärer Syphilis des Halses gesehen habe, völlig abweichende Verlauf, 6. die spontane Heilung, 7. das Ausbleiben einer charakteristischen Narbe an der Stelle des Hauptsitzes der Affektion.

Ich weiss sehr wohl, dass manche dieser Gründe allein genommen nicht beweisend sind. Die proteusartige Natur der tertiären Syphilis, ihr Auftreten in vielen Fällen, in denen nicht der geringste Anhaltspunkt für stattgehabte Infektion ausfindig zu machen ist, die tatsächliche Verschlimmerung ihrer Erscheinungen unter der üblichen antispezifischen Behandlung in selteneren Fällen, ihr isoliertes spätes Auftreten in einem

Organ bei gänzlichem Mangel von Begleiterscheinungen in anderen — das alles sind Dinge, die jedermann bekannt sind, auf die ich selbst in mehreren Publikationen [1]) von neuem die Aufmerksamkeit gelenkt habe. Während meiner ganzen Lehrtätigkeit habe ich immer und immer wieder meinen Schülern den Grundsatz eingeprägt, dass man in obskuren Fällen stets an Syphilis zu denken habe, wenn solche auch anscheinend ganz ausgeschlossen sei.

Aber ich meine, dass man auch im Skepticismus zu weit gehen kann und sich mit dem bequemen Trost, dass es sich um Syphilis gehandelt haben müsse, der Gelegenheit beraubt, seltenere und bisher noch ungenügend bekannte Krankheitsbilder richtig zu verstehen! —

Selbstverständlich richtet sich diese Bemerkung nicht gegen die interessanten Ausführungen des Kollegen Ruprecht, dem ich im Gegenteil sehr dankbar für seinen Beitrag zu dieser Frage bin, sondern gegen die leicht vorauszusehenden Einwürfe gegen meine obigen Argumente: dass der Mangel einer syphilitischen Vorgeschichte, das Fehlen von Begleiterscheinungen, selbst das Fehlschlagen einer antisyphilitischen Behandlung nicht beweisend dafür seien, dass es sich nicht doch um Syphilis gehandelt habe.

Gewiss nicht! Und ebensowenig ist es ausschlaggebend, dass die Spirochaete pallida nicht in den untersuchten Präparaten gefunden wurde, oder dass ich bei recht reicher Erfahrung nie etwas Aehnliches bei Syphilis gesehen habe, wie den geschilderten Verlauf.

Aber wenn alle diese Momente zusammentreffen mit den weiteren Tatsachen, dass die Patientin nach mehrmonatlichem Leiden schliesslich ohne jede antisyphilitische Behandlung spontan vollständig genesen und dass das tiefe Geschwür ohne Hinterlassung der sonst für tertiäre Syphilis durchaus charakteristischen Narbe glatt ausgeheilt ist, so berechtigt mich das Zusammentreffen aller dieser Momente, wie ich denke, zu der bestimmten Ueberzeugung, dass es sich in diesem Falle um Syphilis nicht gehandelt haben kann!

Ist aber diese Eventualität ausgeschlossen, so bleibt, soweit ich urteilen kann, die einzige Erklärung des Falles die, dass eine chronische Sepsis vorgelegen hat, und hier wiederum ist es das Wahrscheinlichste, soweit man aus den bakteriologischen Berichten schliessen kann, dass der Diplococcus pneumoniae, kurzweg Pneumokokkus genannt, der Krankheitserreger gewesen ist. Ausgeschlossen kann es natürlich auf Grund der spärlichen vorliegenden Daten nicht werden, dass einer der anderen pathogenen Bakterien, deren Gegenwart konstatiert wurde, den Anstoss zu dem ganzen Prozesse gegeben haben

---

1) Semon: On Some Rare Manifestations of Syphilis in Larynx and Trachea. Lancet 1872. — A Clinical Lecture on Syphilis of the Larynx. Clin. Journ. 1893. — A Lecture on Some Unusual Manifestations of Syphilis in the Upper Air-Passages. Brit. Med. Journ. 1906. — Differential Diagnosis of Tuberculosis, Syphilis and Malignant Disease of the Larynx, Brit. Med. Journ. 1907.

mag. Immerhin aber bleibt die Tatsache, dass bei den Kulturversuchen, die am 15. November 1907 von Dr. Bulloch und am 27. Januar 1908 von Dr. Eastes angestellt wurden, die Kultur zum grössten Teile aus Pneumokokken bestand.

Und weiter: ist Syphilis in diesem Falle ausgeschlossen, so gilt alles auf ihn Bezügliche m. E. auch für meinen ersten Fall. Der Umstand, dass in dem zweiten Falle spontane Genesung eintrat, bekräftigt erheblich die Auffassung, der ich in der Epikrise des ersten Falles Ausdruck verliehen habe, indem ich sagte, dass gegen die syphilitische Natur des Leidens wohl eingewendet werden könne, dass sich die Besserung auch ohne die Darreichung von Jodkalium vollzogen haben würde.

Nun wendet Kollege Ruprecht gegen die Auffassung meines früheren Falles als eines septischen ein, dass der Diplococcus pneumoniae sive lanceolatus „auch bei Abwischkulturen vom gesunden Menschen mehr als alle anderen Bakterien zu wuchern pflegt und ein fast in jedem Rachen vorhandener Stammgast ist".

Das ist unzweifelhaft richtig und war mir wohl bekannt, als ich meinen früheren Fall veröffentlichte. Aber Kollege Ruprecht sagt selbst weiterhin: „Dass beide Pneumokokken zu schweren Infektionen Veranlassung geben können, scheint durch die Befunde bei Mittelohreiterungen erwiesen". Aber nicht nur bei Mittelohreiterungen! Denselben sind vielmehr Pneumonie, Meningitis, chronische Bronchitis, Pleuritis, Endocarditis, Peritonitis, Abscesse (subkutane, muskuläre, periostale, arthritische), katarrhalische und suppurative Affektionen der oberen Luftwege (Affektionen der Nebenhöhlen der Nase), Ophthalmie etc. etc. hinzuzufügen, wie dies der hochinteressante Vortrag Prof. Osler's vor der Medical Society of London am 9. Dezember 1907 und die ihm folgende Diskussion gezeigt hat [1]).

Wenn aber Affektionen so verschiedener Lokalisation darauf zurückzuführen sind, dass der Pneumococcus potentiale Infektionsfähigkeit besitzt, so ist gewiss nicht abzusehen, warum er nicht gelegentlich und unter uns vorderhand noch nicht bekannten Einflüssen diese Infektionsfähigkeit in einer Gegend entwickeln soll, in welcher er, um mit Ruprecht zu sprechen, „Stammgast" ist. Ich sage: „gelegentlich", denn, wie der Mangel einschlägiger Mitteilungen und meine eigenen Erfahrungen zeigen, sind solche Fälle wie die hier in Rede stehenden wahrscheinlich sehr selten. Ich habe in 32jähriger Spezialpraxis nur die drei Fälle zu Gesicht bekommen, deren ich in dieser und in meiner vorjährigen Arbeit in dieser Monatsschrift gedacht habe, und bin überzeugt, dass diese drei Fälle wirklich die ganze Summe meiner einschlägigen Beobachtungen repräsentieren, da das klinische Bild und der Verlauf so ungewöhnlich sind, dass sie sich mit Notwendigkeit dem

---

1) British Medical Journal 1907, 14. Dezember, 1713. 14 pp.

Gedächtnis des Beobachters einprägen und es durchaus unwahrscheinlich machen, dass er andere, ähnliche, vergessen haben sollte.

Warum diese Fälle so selten sind, ist schwer abzusehen. Der Pneumococcus existiert im Munde und im Halse wahrscheinlich der Mehrzahl gesunder Individuen. Unter welchen Verhältnissen er plötzlich Virulenz entwickelt, wissen wir noch nicht; ebensowenig, warum er diese Virulenz verhältnismässig so selten entwickelt. Jedenfalls aber steht es Osler zufolge fest, dass die „Pneumokokkeninfektionen allein unter den Krankheiten des modernen Lebens an Häufigkeit und Schwere zugenommen haben". Parallel mit der Verringerung der Mortalität an Diphtherie, an Abdominaltyphus, an Tuberkulose geht eine „unzweifelhafte enorme Zunahme in der Mortalität der wichtigsten der Pneumokokkeninfektionen, der Pneumonie. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika ist diese Mortalität in einigen Städten auf das Vierfache gestiegen. In Grossbritannien hat sie ebenfalls im Laufe der letzten Dekade konstant zugenommen . . . . . ."

Die Diskussion, welche dem Osler'schen Vortrage in der Medical Society of London folgte, sowie die Veröffentlichung vereinzelter Fälle, wie der meinigen, zeigt meines Erachtens, dass Pneumokokkeninfektionen, wenn auch selten, so doch Ereignisse darstellen, welche tatsächlich vorkommen und denen in Zukunft besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Die Seltenheit einer Affektion ist kein Gegenbeweis gegen die Realität ihres Vorkommens. Um nur das nächstliegende Beispiel zu erwähnen, denke man an die Seltenheit der akuten septischen Infektionen des Halses! — Viele beschäftigte Aerzte, ja selbst eine ganze Anzahl von Laryngologen, bekommen im Laufe ihres ganzen Lebens nicht einen einzigen Fall dieser seltenen Affektionen zu Gesicht, ich selbst habe im Laufe einer über 30jährigen Praxis und nachdem ich über diese Affektionen geschrieben habe, und infolgedessen wahrscheinlich häufiger in solchen Fällen konsultiert worden bin als andere, in Summa etwa 20—25 einschlägige Fälle gesehen. Wird aber irgend jemand heutzutage die Existenz dieser Klasse von Infektionen nur wegen ihrer — glücklicherweise — ungemeinen Seltenheit bezweifeln? Ich glaube, diese Frage verneinend beantworten zu dürfen.

So scheint es mir denn auch bei der gegenwärtig in Rede stehenden Kategorie angezeigt zu sein, solche Beobachtungen wie die in meiner vorjährigen und in dieser Arbeit mitgeteilten zum Ausgangspunkte neuer Studien zu machen, und in diesem Sinne bitte ich meine Mitteilungen aufzufassen. Persönlich bin ich fest überzeugt davon, dass solche Fälle, wie meine drei mitgeteilten, Affektionen darstellen, die nicht in den Rahmen unserer gegenwärtig feststehenden Krankheitsbilder hineingehören. Ich gebe selbstverständlich zu, dass ich nicht den einwandsfreien Beweis erbracht habe, dass diese drei Fälle auf Pneumokokkeninfektion zurückzuführen sind, ja dass sie auch nur in eine und

dieselbe Gruppe septischer Infektionen gehören, und ebenso gut weiss ich, dass es unmöglich ist, aus diesen drei vereinzelt dastehenden Beobachtungen ein klinisches Krankheitsbild zu konstruieren, das künftigen Beobachtern zur Führung dienen kann. Es scheint mir hier genau dasselbe zu gelten, was ich 1895 sagte, als ich meine Arbeit über die wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen der akuten septischen Infektionen des Halses der Royal Medical and Chirurgical Society vorlegte, nämlich, dass sich ein solches Krankheitsbild nur dadurch gewinnen lasse, dass man eine Reihe einschlägiger Fälle nach dem Prinzip zunehmender Schwere zusammenstelle und hiernach die Schilderung der neuen Krankheitsform entwerfe. Stelle man nämlich einfach einen der leichten und einen der schweren Fälle solcher septischen Infektionen nebeneinander, so würde es der mit dem Gegenstande nicht vertraute Leser bei der Verschiedenheit der klinischen Bilder kaum begreifen, wie der Autor beide als Beispiele eines und desselben Prozesses auffassen könne. Ordne man aber eine grössere Reihe von solchen Fällen nach dem Prinzip zunehmender Schwere an, so werde es dem Leser ohne weiteres verständlich, dass dieselben innerlich zusammengehören, und nur an Schwere verschiedene Phasen eines und desselben Prozesses darstellen. Zum Aufbau einer solchen Skala aber reichen bei der Seltenheit der gegenwärtig in Rede stehenden chronischen Fälle die Erfahrungen des einzelnen Beobachters nicht aus.

Alles, was ich selbst gegenwärtig zur Schilderung der neuen Form — wenn deren Existenz sich durch weitere Beobachtungen bestätigen sollte — beitragen kann, ist die Tatsache, dass ich zwei Fälle von Halsleiden gesehen habe, die charakterisiert waren durch einen von anderen mir bekannten chronischen Halsaffektionen völlig verschiedenen Verlauf, indem sie Monate hindurch die merkwürdigsten Schwankungen zwischen furchtbar schmerzhaften entzündlichen resp. geschwürigen Zuständen des Halses und Verbesserungen aufwiesen, die vollständige baldige Heilung mit Sicherheit erwarten liessen, die aber wiederholt völlig unerwarteten Verschlimmerungen Platz machten, bis endlich — in dem einen Fall sicher völlig spontan, im anderen während einer Jodkaliumbehandlung — völlige Genesung erfolgte; dass beide Fälle charakterisiert waren durch tiefe Asthenie, fast völlig fieberlosen Verlauf und völligen Mangel an Schwellung der Cervikaldrüsen; dass im ersten Falle der Pneumococcus fast in Reinkultur vorhanden war, im zweiten Falle die Kultur zum grössten Teile aus Pneumokokken bestand; dass in beiden Fällen zum Schluss sehr plötzlich ein scharfrandiger Substanzverlust erfolgte, und dass die Geschwürsbildung im zweiten Falle von einem schauderhaften Fötor begleitet war, der mich an einen vor vielen Jahren beobachteten, in manchen Beziehungen ähnlichen Fall erinnerte, der aber, soweit bekannt, weit schneller als diese beiden in Genesung endete.

Ich habe bereits gesagt, dass ich sehr wohl weiss, dass mein spärliches Material mich nicht dazu berechtigt, weitgehende Schlüsse ätiologischer oder klinischer Natur zu ziehen, und möchte dies hier noch einmal wiederholen, um dem Vorwurf zu begegnen, ich hätte auf Grund unvollständiger und mehrdeutiger Beobachtungen eine in Wirklichkeit nicht existierende neue Krankheit zu begründen versucht.

Ein solcher Versuch liegt mir ganz fern. Ich habe einfach einige Fälle gesehen, die nicht in den Rahmen eines mir bekannten Krankheitsbildes hineinpassen und bei denen die bakteriologischen Untersuchungen zum mindesten den Verdacht nahegelegt haben, dass es sich bei ihnen um chronische Sepsis, verursacht durch Pneumokokkeninvasion, gehandelt hat.

Es erschien mir als eine Pflicht, diese Fälle, die ich als Consiliarius leider nur gelegentlich und in grösseren Zwischenräumen beobachten konnte, zu veröffentlichen, um auf Grund der sich aus ihrer Schilderung ergebenden Fragen dazu anzuregen, dass ähnlichen weiteren Fällen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden möge. Vorurteilsfreie sorgfältige, klinische und bakteriologische Beobachtungen seitens verschiedener Forscher, denen der Zufall solche Fälle in den Weg führen möge, werden ergeben, ob ich mich mit meinen Vermutungen auf falschem Wege befinde oder ob wirklich Krankheitsbilder, wie die geschilderten, durch Pneumokokkeninvasion erzeugt werden können. Mögen möglichst viele ihr Scherflein zur Entscheidung dieser wichtigen und interessanten Frage beitragen!

---

c) Bemerkungen über einen Fall von Pneumokokkeninvasion des Halses, zu der sich Kehlkopf- und Lungentuberkulose gesellten.*)

Soweit mir bekannt, ist seit der Publikation meiner beiden Fälle von Pneumokokkeninvasion des Halses kein weiterer veröffentlicht worden. Da ich kürzlich einen dritten beobachtet habe, der durch den Zutritt von Tuberkulose zu der Primäraffektion tödlich endigte, so betrachte ich es als meine Pflicht, ihn detailliert zu berichten.

Mr. H. R., 45 Jahre alt, ein wohlbekannter und allgemein hochgeachteter Kollege litt während seiner Ferien in Schottland im September letzten Jahres am Gefühl von Wundsein im Halse. Am 25. September konsultierte er Dr. P. M' Bride in Edinburgh, der ausser einer Vergrösserung der Zungentonsille nichts Pathologisches vorfand.

Ich sah den Kranken, der ein lieber Freund von mir war, am 27. Oktober. Er klagte über unangenehme Empfindungen im Halse, die er auf die Gegend der Zungentonsille bezog. Wie er mir sagte, hatte er sich die ganze Zeit während seines Aufenthalts in Schottland

*) Veröffentlicht im „British Medical Journal“, am 26. Juni, 1909. — Die Einleitung ist fortgelassen, da sie nur die Ergebnisse der beiden vorstehenden Fälle rekapituliert.

nicht wohlgefühlt, und kurz vor seiner Rückkehr hatten sich die Symptome in der Region des Zungengrundes lokalisiert. Die Zungentonsille wurde deutlich vergrössert gefunden und mit Lugol'scher Lösung behandelt. Nach einigen Applikationen nahm die Schwellung ab, und der Patient fühlte sich einige Tage besser.

Am 5. November aber kehrte er zurück mit der Klage über lebhafte Schmerzen in der linken Seite des Halses. Es zeigte sich dort, grade gegenüber dem letzten Backenzahn, in der Seitenwand ein kleines, oberflächliches, unregelmässiges Geschwür, umgeben von einer kleinen Zone weisslicher Verfärbung, und in der Nachbarschaft desselben waren einige kleine, unregelmässige Flecken weisser Infiltration sichtbar. Das Geschwür war nicht grösser, als der Durchschnitt einer Erbse. Es wurde mit einer schwachen Chromsäurelösung touchiert, und da dies nichts nutzte, mit einer Höllensteinlösung (1:10) Zeitweise brachten diese Applikationen Erleichterung; gewöhnlich aber erschien das Geschwür, wenige Tage nachdem es verschwunden war, von neuem, und zwar manchmal mit, manchmal ohne die weissliche Infiltration in seiner Nachbarschaft. Niemals war eine Vergrösserung der Cervikaldrüsen vorhanden*).

Der Verlauf des Leidens liess mich an eine Pneumokokkeninfektion denken, da es in manchen Beziehungen meinem ersten Falle entsprach. Ich sagte dem Patienten von meinem Verdachte und kratzte auf seinen Wunsch sofort den Geschwürsgrund aus; er unterwarf das Material dem bakteriologischen Institut seines eigenen Hospitals, und das Resultat der Kultur war eine fast reine Pneumokokkenkolonie. Hierauf hin stellte ich die Prognose, dass das Leiden wahrscheinlich ein langwieriges sein würde, dass aber nach den Erfahrungen meiner beiden früheren Fälle schliesslich mit Sicherheit Genesung zu erwarten sei.

Nunmehr fuhr der Patient, der seinem Berufe mit Leib und Seele anhing, fast zwei Monate lang trotz seiner Krankheit fort, seiner Praxis nachzugehen. Als ich ihn eines Tages bei einer Konsultation in einem schweren septischen Falle traf, warnte ich ihn ernstlich, sich nicht Infektionsgefahren auszusetzen, während sich Geschwüre in seinem Halse befänden. Ich konnte ihn aber nicht dazu bringen, in dieser Beziehung vorsichtig zu sein.

Im Anfang des Monats Dezember sagte er mir, dass er bisweilen etwas Fieber gehabt habe. Am 15. desselben Monats war das Pharynxgeschwür wiederum fast völlig verschwunden, doch zeigte sich nunmehr

---

*) Ich benutze diese Gelegenheit zur Berichtigung des Referates über diese Arbeit im „Internationalen Centralblatt für Laryngologie", in der Augustnummer 1909. Der Verfasser desselben lässt mich dort (p. 355) sagen, dass man gleichzeitig auch erhebliche Schwellung der Cervikaldrüsen konstatieren konnte. Der Irrtum ist schwer begreiflich, da der Wortlaut des Originals der obige ist, und es ist um so mehr meine Pflicht, ihn zu berichtigen, dass es, grade umgekehrt, meiner Erfahrung nach für diese Pneumokokkenaffektionen direkt charakteristisch ist, dass trotz des schweren Prozesses im Inneren des Halses die Cervikaldrüsen nicht anschwellen!

eine deutliche Schwellung der Schleimhaut über beiden Giessbeckenknorpeln, ohne dass subjektive Symptome irgend welcher Art vorhanden gewesen wären. Sechs Tage später war keine Wiederkehr der Ulceration im Rachen zu konstatieren, dagegen war die Schleimhaut über beiden Giesskannen sehr stark geschwollen und teilweise ödematös. Auch die Epiglottis war ganz plötzlich stark verdickt und ödematös, so dass das Kehlkopfbild fast typisch für Larynxtuberkulose war. Die Stimme des Patienten war belegt geworden und es waren leichte Schluckbeschwerden vorhanden. Puls und Temperatur waren normal; trotzdem aber sandte ich ihn zu Bett, und verordnete eine Leiter'sche Röhre mit Eiswasser um den Hals, Saugen von Eispillen, und kalte, flüssige Nahrung.

Als ich ihn am nächsten Tage in seinem Hause sah, war beträchtliche Besserung eingetreten, die Schwellung über den Giessbeckenknorpeln war bedeutend zurückgegangen, die der Epiglottis unverändert. Er wünschte lebhaft, auf's Land zu gehen, ich hegte jedoch wegen des Kehlkopfödems beträchtliche Bedenken an der Rätlichkeit dieses Schrittes, und überredete ihn schliesslich, mir noch einen Besuch am nächsten Morgen abzustatten. ehe er seine Absicht ausführte. Als er am 23. Dez. zu mir kam, war eine neue beträchtliche Veränderung erfolgt: das Oedem der Epiglottis war seit dem vorhergehenden Tage beträchtlich zurückgegangen, wenn auch nicht vollständig verschwunden, während das Oedem über den Giessbeckenknorpeln wiederum bedeutend zugenommen und sich tatsächlich auf die ganze hintere Wand des Kehlkopfs ausgebreitet hatte. Obwohl er behauptete, sich viel wohler zu fühlen, hielt ich es doch für so bedenklich, ihn in diesem Zustande reisen zulassen, dass ich ihn bewog, Mr. Butlin's Ansicht einzuholen. Er kam von der Konsultation zurück und berichtete, dass Mr. Butlin nach Inspektion des Kehlkopfs sofort gesagt habe, er würde mit Bestimmtheit geglaubt haben, dass Kehlkopftuberkulose vorliege, doch habe er nie eine tuberkulöse Schwellung dieser Art so plötzlich entstehen sehen. Trotzdem meinte auch er, dass der Patient nicht weise handeln würde, in diesem Zustand auf's Land zu gehen. Nach dieser übereinstimmenden Meinungsäusserung wurde der Besuch auf dem Lande aufgegeben.

Während der nächsten Woche blieben die Dinge im ganzen in statu quo. Der Patient blieb zu Hause und trug während der ersten 2—3 Tage eine Leiter'sche Röhre mit Eiswasser um den Hals. Da dies die Schwellung des Kehlkopfs nicht reduzierte, wurden wiederholt Senfumschläge um den Hals gemacht, jedoch mit nicht besserem Resultat. Gelegentlich waren geringe Schmerzen in der linken Seite des Halses vorhanden, wo das Rachengeschwür wieder erschienen war, sowie leichte Schlingbeschwerden. Das Kehlkopfbild wechselte von Tag zu Tag. An einem Tage war die Epiglottis mehr geschwollen, am nächsten Tage hatte sich die Schwellung verringert, dagegen waren die Giessbeckenknorpel, die am Tage vorher weniger geschwollen gewesen waren, wieder stärker ödematös usw. Einmal war abends geringe Atemnot vorhanden,

dieselbe ging aber so schnell vorüber, dass er es nicht für nötig hielt nach mir zu schicken. Inzwischen aber wurde er, obwohl er es nicht zugestehen wollte, sichtlich mehr deprimiert. Weder der innerliche Gebrauch von Eisen und Chinin, noch die lokale Anwendung eines Spray von Adrenalin und Cocain hatte den leisesten Einfluss auf den lokalen Zustand. Ich wagte derzeit wegen des Kehlkopfödems nicht, Jodkalium zu geben, da ich fürchtete, dass das Oedem unter Gebrauch dieses Mittels zunehmen könnte.

Am 30. Dezember war die Schwellung der Epiglottis stark vermindert, die der Giessbeckenknorpel unverändert; im Pharynx war neue Ulceration aufgetreten, diesmal symmetrisch auf beiden Seiten; oberhalb des Geschwürs an der linken Seite zeigte sich eine ganze Anzahl serpiginöser, weisslich-opaker Flecken in der Schleimhaut. Obwohl die Wirkung der Injektionen einer Pneumococcusvaccine in meinem ersten Falle nicht von Erfolg begleitet gewesen war, so schlug ich vor, dass Dr. Bulloch, der ebenfalls ein Freund des Patienten war, ersucht werden sollte, eine solche Vaccine zu präparieren, und der Patient, der von Anfang an gewünscht hatte, diese Behandlung zu versuchen, ging sofort bereitwillig auf meinen Vorschlag ein. In der Nacht nach dieser Entscheidung, d. h. ehe die Vaccinebehandlung eingeschlagen worden war, hatte er einen leichten Schüttelfrost, gefolgt von einem Anstieg der Temperatur auf 38,2°. Gleichzeitig gab ihm sein Hals starke Beschwerden. Der Anfall aber ging schnell vorüber und hatte am nächsten Morgen keine nachteiligen Folgen hinterlassen. Die Epiglottis war an diesem Tage noch weniger geschwollen und die Rachengeschwüre im Verheilen begriffen. Das Oedem über den Arytaenoidknorpeln aber unverändert.

Am 2. Januar war der Patient, den am vorhergehenden Tage sein Freund, Mr. Bowlby, untersucht hatte, entschieden besser. Er konnte leichter schlucken, hatte kaum irgendwelche Schmerzen und hatte eine gute Nacht gehabt, obwohl die Temperatur am vorhergehenden Abend wiederum auf 37,8° gestiegen war. Dr. Bulloch benachrichtigte mich an diesem Tage, dass die vom Halse des Patienten genommene Abstrichkultur verschiedene Mikroorganismen mit starkem Vorwiegen von Pneumokokken enthielte; dass er ein Kaninchen und vier Mäuse mit der Kultur injiziert habe und dass er im Begriffe sei, eine Vaccine aus ihr zu präparieren. An demselben Tage war das Oedem der Epiglottis gänzlich verschwunden, die Schwellung über den Arytaenoidknorpeln war sehr vermindert, die Geschwüre im Pharynx auf beiden Seiten waren völlig geheilt, und die graue Verfärbung in diesem Teil hatte einer natürlicheren Färbung Platz gemacht. Es wurde dem Patienten verstattet, zu warmer Nahrung zurückzukehren und, falls das Wetter es erlauben sollte, ein wenig auszugehen. Auch wurde ein Tonicum verordnet.

Hier muss bemerkt werden, dass ich, während der Patient bettlägerig war, fast täglich sorgfältig seine Brust untersuchte, ohne aber je das geringste pathologische Zeichen zu entdecken.

Die Besserung dauerte während der nächsten paar Tage an und es wurde in einer Konsultation mit Mr. Bowlby beschlossen, dem dringenden Wunsche des Patienten zu willfahren und ihn nach Shanklin auf der Insel Wight gehen zu lassen, wo er sich unter die Behandlung von Mr. Cowper stellen sollte. Jetzt, wo das Oedem vollständig aus dem Kehlkopf verschwunden war, gab ich auch dem Patienten Jodkalium „pour acquis de conscience", obwohl weder eine syphilitische Vorgeschichte, noch das geringste Anzeichen für ein syphilitisches Leiden vorlag. Ich will gleich vorwegnehmen, dass das Mittel vollständig wirkungslos blieb.

Die Berichte von Shanklin waren wenig befriedigend. Am 18. Januar schrieb Mr. Cowper, dass die Uvula stark ödematös gewesen sei, und dass, nachdem das Oedem derselben zurückgegangen sei, die Schwellung der Epiglottis sich von neuem gezeigt habe, begleitet von kleinen Geschwüren in der Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln.

Am 24. Januar wurde eine Injektion von 7 000 000 Pneumokokkenvaccine gemacht, die von Dr. Bulloch präpariert worden war. Die Temperatur des Patienten stieg hiernach auf 38,2 und er hatte mehrere profuse Schweisse, am nächsten Morgen aber war die Temperatur wieder normal und Mr. Cowper berichtete, dass die weissliche Infiltration im Rachen vermindert scheine. Ein paar Tage später aber war das Gefühl von Wundsein im Halse schlimmer als bevor.

Am 1. Februar 1909 sah ich den Patienten nach fast einmonatlicher Abwesenheit wieder. Er sah sehr krank aus, bleich und abgemagert. Der Puls war 108, die Temperatur etwas subnormal. Er berichtete, dass kurz nach der Injektion von Pneumokokkenvaccine sein Hals ihm starke Beschwerden gemacht habe. Am 26. Januar waren von neuem Geschwüre im Pharynx aufgetreten. Dieselben hatten sich während der nächsten 3 Tage verschlimmert, und wiederum 3 Tage später hatte die Krankenschwester ausser den alten Geschwüren an beiden Seiten des Rachens ein über 1 cm tiefes Geschwür an der hinteren Wand des Pharynx entdeckt. Gleichzeitig waren ziemlich starke Schmerzen im Halse und beträchtliche Schlingbeschwerden vorhanden gewesen. Drei Tage, ehe ich ihn sah, war leichte Besserung eingetreten und zur Zeit der Konsultation fühlte er sich im ganzen etwas besser. Er selbst schrieb die Verschlimmerung der Vaccineinjektion zu.

Bei der Untersuchung zeigten sich mehrere frische Geschwüre an beiden Seiten des Pharynx in den alten Stellen, ein neues am linken hinteren Gaumenbogen und ein ziemlich grosses, aber oberflächliches, an der hinteren Rachenwand in der Mittellinie unterhalb der Uvula. Die Epiglottis war vielleicht etwas weniger geschwollen als bei Gelegenheit meiner letzten Untersuchung, aber die Giessbeckenknorpel waren nicht allein ebenso stark verdickt, als sie es im schlimmsten Stadium gewesen waren, ehe er aufs Land ging, sondern ausserdem in ihrer ganzen Ausdehnung oberflächlich ulceriert, während die Taschenbänder entweder von einer aschgrauen Ablagerung bedeckt oder infiltriert waren. Die

Applikation eines Glykothymolinsprays veränderte das Aussehen nicht. Die Stimmbänder waren frei und die Stimme fast normal. Das Kehlkopfbild aber war so typisch tuberkulös, dass ich eine sofortige Konsultation mit Dr. F. de Havilland Hall — ebenfalls einem alten Freunde des Patienten — erbat und zugestanden erhielt. Dr. Hall stimmte völlig mit mir darin überein, dass der Kehlkopf sehr nach Tuberkulose aussähe. Bei gemeinsamer Untersuchung der Brust fanden wir hinten rechts in der Höhe der Spina scapulae leichte Dämpfung, und an dieser Stelle war auch das Atemgeräusch etwas scharf, aber ohne jede Nebengeräusche. Wir fürchteten sehr, dass eine tuberkulöse Komplikation eingetreten sei, obwohl wir angesichts der verhältnismässigen Neuheit des Gegenstandes definitiv die Möglichkeit ausschliessen konnten, dass eine reine Pneumokokkeninvasion eine tuberkulöse Affektion sprechend ähnlich vortäuschen könnte. Wir stimmten daher darin überein, dass zunächst das Sputum wiederholt auf Tuberkelbacillen und Pneumokokken zu untersuchen sei und dass, wenn die Untersuchung unseren Verdacht auf Tuberkulose bestätigen sollte, es das Beste für den Patienten sein würde, sich in ein Sanatorium zu begeben.

Die bakteriologische Untersuchung wurde in den Laboratorien für Pathologie und Oeffentliche Gesundheitspflege mit folgendem Resultat angestellt:

„Tuberkelbacillen sind im Sputum in geringer Anzahl vorhanden; ein kleiner Haufen wurde gesehen. In einem nach der Gram'schen Methode gefärbten Präparat sind Mikroorganismen verschiedener Art sichtbar; viele derselben stammen wahrscheinlich aus dem Munde. Pneumokokken sind in mässiger Anzahl vorhanden, und einige kurze Kokkenketten wurden ebenfalls notiert."

Dies Resultat wurde durch eine spätere Untersuchung bestätigt. —

Am 4. Februar machte ich folgende Notiz in meinem Journal: „Das Geschwür an der linken Seite des Pharynx hat sich entschieden vergrössert und die beiden geschwürigen Stellen sind miteinander verschmolzen. Das Geschwür auf der rechten Seite ist wieder verschwunden. An der Hinterwand des Rachens sind nur die letzten Ueberbleibsel des Geschwüres sichtbar. Der linke Giessbeckenknorpel scheint weit weniger ulceriert, als er es war; der rechte ist unverändert. Die Taschenbänder sind weniger infiltriert, die Stimmbänder noch immer frei. Alles in allem ein im höchsten Grade verblüffender Fall, um so mehr, als Pat. besser schlucken kann, und an Gewicht zugenommen hat. Gegenwärtig hat er gar keine Schmerzen beim Schlucken, was natürlich aller sonstigen Erfahrung bei tuberkulösen Pharynxgeschwüren widerspricht. Andererseits ist eine abendliche regelmässige Temperatursteigerung zwischen 37,2—37,8 vorhanden. Dr. Bulloch hat gestern das Sputum untersucht und Pneumokokken in grosser Anzahl gefunden, während er nicht sicher über das Vorhandensein von Tuberkelbacillen ist. Er wird die Untersuchung wiederholen."

Und am 6. Februar: „Der Patient kam, begleitet von Dr. Bulloch, der mir sagte, dass sämtliche Mäuse, die er mit dem aus dem Sekret des Kranken gewonnenen Material inokuliert hatte, an allgemeiner Pneumokokkeninfektion zugrunde gegangen seien. Die Ursache, dass sie nicht so schnell starben, wie dies gewöhnlich unter solchen Umständen der Fall ist, muss seiner Ansicht nach in zwei Umständen gesucht werden, nämlich erstens, dass er, um die Pneumokokken zu isolieren, eine Agarkultur zu machen hatte, was wahrscheinlich die Virulenz abschwächte; und zweitens, dass er, statt die Kultur ins Peritoneum zu injizieren, er sie einfach subkutan eingespritzt hatte. Jedenfalls kann kein Zweifel darüber vorliegen, dass die Krankheit des Patienten, jedenfalls teilweise, in einer virulenten Pneumokokkeninfektion besteht, wie ich von Anfang an geargwöhnt hatte."

Andererseits konnte Dr. Bulloch, sein Assisent und ein dritter Bakteriologe in einer sehr grossen Anzahl von Untersuchungen, die an Material angestellt wurden, das an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen worden war, im Ganzen nur 4 Tuberkelbacillen entdecken, so dass, während ihre Existenz unbestreitbar ist, es sicherlich allen Anschein hat, als ob eine tuberkulöse Infektion sich der primären Pneumokokkeninfektion aufgeimpft hätte. Wir besprachen, was unter den Umständen zu tun sei. Jede Form von Behandlung — Sanatorium, Tuberkulininjektionen, Lokaltherapie — schien angesichts der doppelten Infektion mehr oder minder gewagt und experimentell, und ich schlug vor, dass eine Konsultation zwischen Dr. Kingston Fowler, Dr. de Havilland Hall, Dr. Bulloch und mir selbst stattfinden sollte, bevor ein endgültiger Beschluss gefasst würde. Dr. Bulloch und der Kranke stimmten diesem Vorschlage zu. Weiterhin kamen wir dahin überein, dass vor der Konsultation Dr. Bulloch frische Präparate sowohl von den Rachen- wie von den Kehlkopfgeschwüren untersuchen sollte.

Am Tage dieser Konsultation sah die Ulceration des Rachens an der linken Seite ganz unverändert aus. Auf der rechten Seite zeigen sich einige frische epitheliale Trübungen von unregelmässiger Form; das Geschwür an dieser Seite ist fast geheilt; im Kehlkopf ist die Ulceration des linken Arytaenoidknorpels wiederum vermindert, die Schwellung desselben aber unverändert. Sehr geringe Beschwerden beim Schlucken, Temperatur normal am Morgen, abends etwa 38,2. Kein Husten, keine Expektoration.

Am 9. Februar fand die Konsultation zwischen den obengenannten Kollegen statt, denen sich später auch Mr. Bowlby zugesellte. In ihrem Beginne informierten wir Dr. Fowler über den bisherigen Verlauf des Falles, und Dr. Bulloch berichtete das überaus bemerkenswerte Resultat, das von ihm mit dem Material erzielt worden war, welches ich zwei Tage vorher mittels Auskratzung je eines Rachen- und eines Kehlkopfgeschwürs gewonnen hatte. Während nämlich die Rachen-

präparate einfach Unmassen von Pneumokokken ohne jedes Anzeichen von Tuberkulose aufwiesen, zeigten die von dem am Arytaenoidknorpel sitzenden Geschwür gewonnenen Präparate grosse Haufen von Tuberkelbacillen, manchmal 20—30 in einem Haufen, wie man dies sonst gewöhnlich nur in Lungenkavernen findet, gleichzeitig mit zahlreichen Pneumokokken. Es war hiernach ganz augenscheinlich, dass eine tuberkulöse Infektion sich zu der anfänglich bestehenden Pneumokokkeninfektion hinzugesellt hatte.

Die neueren Temperaturkurven des Patienten zeigten das für Tuberkulose charakteristische Bild normaler Temperatur am Morgen, und eines Anstiegs auf 37,2—37,8 am Abend. Gemeinsame Untersuchung des Rachens und Kehlkopfs ergab die letztbeschriebenen Verhältnisse. Auch jetzt noch war es auffallend, wie wenig der Patient über Schwierigkeiten und Schmerzen beim Schlucken klagte.

Der Zustand der rechten Lunge hatte sich seit Dr. Hall's und meiner gemeinsamen, 8 Tage früher vorgenommenen Untersuchung rapide verschlechtert: nunmehr war gelegentliche Krepitation in der Fossa supraspinata rechts zu hören; die Dämpfung erstreckte sich bis zur Spitze des Mittellappens, und auch hier waren scharfes verlängertes Exspirium und gelegentliche Rhonchi hörbar.

Wir hielten einstimmig die Prognose für äusserst ungünstig und waren ebenso einstimmig darin, dass weder Tuberkulininjektionen noch Lokalbehandlung des Kehlkopfs versucht werden sollten, und dass der Kranke sobald als möglich mit seiner Frau — die sich während des ganzen traurigen Verlaufes als die tapferste Kameradin und die aufopferndste Pflegerin erwies — nach einem Sanatorium gehen solle, wo er das gewönliche Leben der Insassen eines solchen Instituts führen und gleichzeitig eine Schweigekur durchmachen könne. Der Patient willigte ein und ging wenige Tage später nach dem Cotswold-Sanatorium, wo ihn während des Restes seines Lebens Dr. Etlinger mit grösster Sorgfalt und freundschaftlichster Anteilnahme behandelte.

Leider bewegte sich der Verlauf der Krankheit bis zu dem am 28. April erfolgten tödlichen Ende stetig in absteigender Linie. Nur anfänglich erfolgte, nach Dr. Etlinger's Berichten, eine zeitweilige leichte Besserung, indem die Schlingbeschwerden durch Anwendung eines Spray von Anaesthesin, gelöst in Palmenöl, beträchtlich verringert wurden. Lokale Applikationen einer Höllensteinlösung im Rachen verbesserten den Zustand nicht.

Am 10. März berichtete Dr. Etlinger, dass die Ulceration im Rachen sich stark ausgebreitet habe und dass er sie nunmehr mit Milchsäureapplikationen behandle.

Am 18. März reiste ich nach dem Sanatorium, um den Kranken zu sehen. Er war seit seinem Eintreffen, d. h. seit einem Monat, bettlägerig gewesen. Seine Temperatur hatte in letzter Zeit zwischen 37,8 am Morgen und 38,9 am Abend geschwankt. Trotzdem war sein All-

gemeinzustand auffallend befriedigend geblieben, und er hatte, obwohl die Schlingbeschwerden nunmehr beträchtlich grösser geworden waren, im Laufe der vorhergehenden Woche tatsächlich 750 Gramm an Gewicht zugenommen. Seine Klagen bezogen sich hauptsächlich auf Schmerzen beim Schlingen und auf die Schwierigkeit, das überreichliche, äusserst zäh anhaftende Sekret aus seinem Halse herauszubefördern.

Bei der Untersuchung des Rachens fand ich den Zustand desselben seit meiner letzten Inspektion bedeutend verschlechtert. Die oberflächliche Ulceration und Infiltration hatte sich so erheblich auf die rechte Seite ausgedehnt, dass nunmehr kein Unterschied mehr zwischen den beiden Seiten bestand. Das Zäpfchen und die hinteren Abschnitte des Zahnfleisches waren ebenfalls befallen worden. Die Ulceration hatte sich nicht in die Tiefe ausgedehnt, und das Bild war jetzt das einer oberflächlichen, weisslichen Infiltration und Geschwürsbildung mit serpiginösen Rändern, welche den grösseren Teil des weichen Gaumens, einen Teil der Uvula, den hintersten Abschnitt des Zahnfleisches und — was eine ganz neue Entwicklung darstellte — der Gegend der Zungentonsille einnahm, von der ursprünglich der ganze Prozess ausgegangen war. Der Kehlkopf, der nicht mehr so stark geschwollen war, als bei meiner letzten Untersuchung, sieht ähnlich aus wie der Rachen. Die ganze Affektion bietet jedenfalls nicht das Bild einer gewöhnlichen tuberkulösen Affektion dar. Der Zustand der Lungen ist fast unverändert derselbe, wie er bei der letzten Untersuchung gefunden wurde. Die Dämpfung hat sich nicht vergrössert und nirgendwo sind feuchte Rasselgeräusche zu hören.

In Gegenwart von Dr. Rupert Collins, dem Bakteriologen des Augen-, Ohren- und Halshospitals zu Cheltenham, kratzte ich Geschwüre im Larynx, der Zungentonsille und dem Pharynx aus; das von denselben entfernte Material wurde unmittelbar auf mit Kultursubstanzen gefüllte Reagensgläschen übertragen.

Dr. Collins' Bericht war folgender:

„Aus mit Loeffler's Blutserum hergestellten Kulturen wurden Staphylokokken und ein kleiner Stamm von Pneumokokken gezogen, die von der Zungentonsille herstammten, während Kulturen mit Agar-Agar nur Staphylokokken zeigten. Die Abkratzungen aus dem Rachen und von der Basis der Uvula ergaben Staphylokokken und sehr reichliche Streptokokken, und die Agarkulturen ähnliche Resultate. Die Kratzergebnisse aus dem Kehlkopf zeigten eine grössere Anzahl von Pneumokokken, als in denen von der Zungentonsille gefunden worden war, daneben Staphylokokken und einige Streptokokken, während auf Agar-Agar nur Staphylokokken wuchsen. Es wurde keine Untersuchung auf Tuberkelbacillen angestellt.“

Ein aus späterem Material gewonnener, vom 24. März datierter Bericht von Dr. Collins lautete:

„Zungentonsille: Verstreute einzelne Tuberkelbacillen und ein grosser Haufen derselben; einige Pneumokokken und einige wenige Staphylokokken und Streptokokken."

„Pharynx: Einige Tuberkelbacillen und einige Pneumokokken."

„Epiglottis: Zahlreiche Tuberkelbacillen, vereinzelt und in kleinen Haufen; zahlreiche Pneumokokken, einige Staphylokokken."

„Sputum: Zahlreiche Tuberkelbacillen; einige Kokken und kurze Bacillen."

Es ging hieraus klar hervor, dass, wie man dies naturgemäss erwarten würde, die beiden Affektionen, die anfänglich — wie Dr. Bulloch's Bericht vom 8. Februar so vorzüglich zeigt — in verschiedenen Abschnitten des Halses lokalisiert waren, infolge ihrer nahen Nachbarschaft und konstanten Gelegenheit zur gegenseitigen Infektion sich miteinander verschmolzen hatten.

Von dieser Zeit an vollzog sich eine rapide Verschlechterung im Allgemeinbefinden des Kranken. Die Abmagerung machte immerwährende Fortschritte und die Temperatur stieg, so dass sie während der letzten drei Wochen seines Lebens durchschnittlich zwischen 37,8° des Morgens und 40° des Abends variierte. Am 1. April wurde er von Dr. Woods aus Dublin gesehen, der in einem Briefe an mich die ungemeine Seltenheit des Zustandes hervorhob.

Am 13. April berichtete Dr. Etlinger, dass die Schlingbeschwerden bedeutend zugenommen hätten und dass dies vermutlich die Folge davon sei, dass die Epiglottis fast gänzlich durch die Krankheit zerstört worden wäre. Der Patient kämpfte tapfer gegen sein Leiden an. Auf Rat von Dr. Bulloch waren einige Tuberkulininjektionen gemacht worden; da aber nach denselben die Temperatur stets anstieg, so wurden sie bald ausgesetzt.

Am 22. April wurde berichtet, dass es mit dem Patienten stark abwärts ginge und dass die geringen Aussichten auf Genesung in schnellem Verschwinden begriffen seien. Auch war ein Kongestionsherd an der Basis der linken Lunge konstatiert worden.

Am 25. April begab ich mich wieder nach dem Sanatorium und fand den armen Patienten in sehr traurigem Zustande. Schon Tags vorher hatte mich Dr. Bulloch, der ihn zwei Tage früher besucht und ein Abstrichpräparat von dem Halse genommen hatte, benachrichtigt, dass dies eine enorme Anzahl von Pneumokokken und einige Staphylokokken enthalten habe, während er nicht auf Tuberkelbacillen untersucht habe. Andererseits sagte mir Mr. Bowlby, der am Tage vorher bei dem Kranken gewesen war, am Morgen meiner Reise, dass er über die kolossale Verbesserung überrascht gewesen sei, die im Pharynx und teilweise auch im Larynx stattgefunden habe, dass aber anscheinend eine Infektion der Lungenbasen erfolgt sei, und dass es sehr schlecht mit der Atmung stehe.

Als ich den Kranken am 25. April sah, war ich entsetzt über die Abmagerung, die seit meinem letzten nur 3 Wochen vorher stattgefun-

denen Besuche stattgehabt hatte. Er sah sehr grau aus, die Lippen waren cyanotisch, die Respirationen 30—36 in der Minute, und der Puls 150—160. Es war notwendig, ihn häufig mit Sauerstoff zu erfrischen, wenn die Atmung zu mühsam wurde. Andererseits war die Besserung, die im Rachen stattgehabt hatte, einfach erstaunlich, und noch grösser, als ich nach Mr. Bowlby's Bericht erwartet hatte: de facto war fast der ganze geschwürige Prozess, der im Obigen beschrieben worden ist, verschwunden, ohne eine Narbe zu hinterlassen! — Nur an der hinteren Rachenwand zeigten sich noch einige kleine Geschwüre. Der grössere Teil der Epiglottis war durch Ulceration zerstört und die linke Kehlkopfhälfte war fast unbeweglich, aber die Schleimhaut des Kehlkopfes, welche ebenfalls von Ulceration heimgesucht worden war, war mit nur geringer Narbenbildung verheilt. Der Schmerz im Halse war völlig verschwunden, und das zähe Sekret, welches ihn so lange belästigt hatte, gehörte ebenfalls der Vergangenheit an. Er hustete ziemlich häufig, doch nicht excessiv und expektorierte weisse, münzenförmige Sputa, die nicht fötid waren und kein Blut enthielten. Die Stimme war sehr schwach und beinahe auf ein Flüstern reduziert.

Bei der Untersuchung der Lungen zeigten sich beide in weiterer Ausdehnung affiziert; Rhonchi und Krepitation waren überall hörbar, am stärksten über beiden Basen, wo feine Krepitation alle anderen Geräusche überwog und wo die Perkussion beträchtliche Dämpfung ergab. Keine Zeichen von Kavernen. — Die mechanische Schwierigkeit im Schlucken war noch immer gross. Er hatte soweit eine leidliche Quantität von Nahrung zu sich genommen, hatte aber mehrere Male bedenkliche Erstickungsanfälle bei den Mahlzeiten gehabt, und Dr. Etlinger argwöhnte, dass bei diesen Anfällen Speiseteilchen in die tieferen Luftwege gedrungen sein könnten und dort die gegenwärtig vorhandene infektiöse Pneumonie („Speisepneumonie") angeregt hätten.

Ich empfahl Nahrungsdarreichung per rectum mit Zusatz von Chinin und altem Kognak zu den Nahrungsklystieren und heisse Breiumschläge um die Lungenbasen.

Am 26. April ging Dr. Mitchell Bruce nach dem Sanatorium und betrachtete den Zustand als beinahe, wenn auch nicht absolut, hoffnungslos. Er fand die Infektion im linken unteren Lappen derzeit „massiv", und hielt sie daher nicht für tuberkulös, sondern für eine Bronchopneumonie und Pleuritis infolge von Pneumokokkeninfektion. Seine geringe Hoffnung auf Genesung begründete er damit, dass ebenso wie die Pneumokokkeninfection des Pharynx und Larynx vorübergegangen sei, so auch vielleicht eine entfernte Aussicht dafür vorhanden sei, dass die Lungenaffektion dasselbe tun würde.

Therapeutisch empfahl er regelmässige Klystiere von Kochsalz mit Brandy, Nahrung durch den Mund, Strychnin, dem abends etwas Morphium zuzusetzen sei, und Fortsetzung der Sauerstoffinhalationen.

Leider erzielte diese Behandlung keine Resultate; der Patient wurde am 28. April immer schwächer und starb ganz ruhig in seinem Schlafe während der folgenden Nacht. Eine Autopsie wurde nicht gestattet.

So endete einer der traurigsten Fälle, die ich je gesehen habe, und was eine Verwandte meines armen Freundes mir schrieb: „dass es so hart scheine, dass nach einem so tapferen Kampf alles so enden solle, dass aber der Patient ein Beispiel von geduldiger Ergebung und heldenmütiger Tapferkeit hinterlassen habe, das sicherlich einen Einfluss auf andere ausüben müsse“ — ist buchstäblich wahr.

Bemerkungen.

Der Grund, dass ich diesen Fall so ausführlich beschrieben habe, ist in der Tatsache zu finden, dass die Pneumokokkeninvasion des Halses, und besonders ihre Kombination mit Tuberkulose ein so gut wie unbekanntes Leiden darstellt. Tatsächlich gestanden alle die vielerfahrenen Kollegen, die so freundlich ihre Hilfe bei der Behandlung des traurigen Falles liehen, einmütig zu, dass sie nie etwas Aehnliches gesehen hätten. Es erschien daher wünschenswert, künftigen Beobachtern beizustehen, und es ihnen zu ermöglichen, ein klinisches Bild der Krankheit zu entwerfen, indem man die Züge des ersten je beobachteten Beispiels einer solchen Kombination in vollem Detail berichtete.

Dass die charakteristischen Merkmale der Pneumokokkeninvasion in diesem Falle durch das Hinzutreten der Tuberkulose verwischt wurden — darüber kann kein Zweifel bestehen. Als zuerst die oben beschriebene Verdickung des Kehlkopfs in die Erscheinung trat, frug ich mich besorgt, ob es möglich sei, dass eine Pneumokokkeninvasion des Kehlkopfs dermassen Tuberkulose dieses Organs vortäuschen könne, und während des ganzen weiteren Verlaufes des Falles war es eine völlig offene Frage, wieviel von den im Larynx gesehenen Phänomenen auf Rechnung der Pneumokokkeninfektion, wieviel auf Rechnung der Tuberkulose zu setzen sei. — Andererseits konnte kein Zweifel darüber vorwalten, dass die Racheninfektion von Anfang bis zu Ende vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich, durch die Pneumokokkeninvasion bedingt war. Der Beweis hierfür wird nicht nur durch die wiederholten bakteriologischen Untersuchungen geliefert, sondern vor allem durch die Tatsache, dass in den letzten 4 Wochen vor dem Tode die Ulceration im Pharynx, die so lange vorhanden gewesen war und solche Qualen verursacht hatte, beinahe gänzlich verschwand, ohne einen Substanzverlust zu hinterlassen, eine Tatsache, die ganz unverträglich mit der Annahme ist, dass auch die Geschwürsbildung im Rachen tuberkulöser Natur gewesen sein möchte.

Einer der interessantesten Züge ist der Bericht Dr. Bulloch's, demzufolge zu einer Zeit Kratzpräparate vom Rachen eine fast reine Pneumokokkenkultur ergaben, während solche vom Kehlkopf eine ebenso

charakteristische Kultur von Tuberkelbacillen lieferten. Diese Tatsache beweist m. E. überzeugend die gemischte Natur der Infektion, und demonstriert, zusammengehalten mit dem Krankheitsverlauf, dass die tuberkulöse Infektion zu der primären Pneumokokkeninfektion hinzutrat. — Sehr interessant ist auch die Tatsache, dass, während die Affektion klinisch in Gestalt einer Vergrösserung der Rachentonsille begann, welche zeitweise verschwand, in einem späteren Stadium der Krankheit Ulceration mit starkem Substanzverlust in jener Region auftrat, und dass Kratzpräparate von derselben die Gegenwart von Pneumokokken erwiesen.

Was die Komplikationen anbetrifft, die später hinzukamen, so ist es schwer, wenn nicht unmöglich, zu sagen, welche Rolle hierbei die infizierenden Mikroorganismen spielten, und wieviel von den beobachteten Phänomenen durch jeden der beiden bedingt wurde. Die ersten klinisch in den Lungen beobachteten Veränderungen waren ganz charakteristisch für gewöhnliche Tuberkulose. Die späteren Symptome liessen es völlig unentschieden, ob die progressiven Veränderungen durch Tuberkulose allein bedingt waren, oder durch Kombination derselben mit Pneumokokkeninfektion, während die schliesslichen Symptome entweder durch Speisepneumonie oder durch plötzliche Zunahme der Virulenz der Pneumococcusinfection allein verursacht worden sein mögen. Die letztgenannte Möglichkeit findet eine Stütze in Dr. Mitchell Bruce's Bemerkungen.

Ich lege keinen übertriebenen Wert auf die Angaben des Kranken selbst, der die Verschlimmerung im Zustande seines Halses von der am 24. Januar gemachten Injektion mit Pneumokokkenvaccine datierte, doch kann ich positiv angeben, dass in diesem Falle ebenso wie in dem ersten von mir beschriebenen, in dem ebenfalls ein Pneumokokkenserum zur Verwendung kam, nicht die geringste Besserung durch diese Methode erzielt wurde. Tatsächlich war das einzige Mittel von den vielen, die in dem langen Verlaufe der Krankheit angewendet wurden, das sich von irgend welchem Nutzen erwies, die Einblasungen von Anaesthesin, welche, obwohl sie die Schlingbeschwerden nicht völlig beseitigten, doch die Schmerzen, welche den Schlingakt begleiteten, erheblich verringerten. Die Wirksamkeit des Mittels nahm während seines langen Gebrauches nicht ab.

Es steht zu hoffen, dass weitere Beiträge mehr Licht auf das Vorkommen, die Pathogenese, die klinischen Zeichen und die Behandlung dieser Krankheit werfen werden, welche, obwohl bisher unbeschrieben, doch nicht äusserst selten sein kann, wie dies aus der Tatsache hervorgeht, dass im Laufe von drei Jahren drei Fälle zur Kenntnis eines einzigen Beobachters kamen.

IX.

Einige Gedanken über die Grundsätze der Lokalbehandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Zwei Vorträge gehalten am Medical Graduates College and Polyclinic am 2. und 8. Oktober 1901.

Mit einem Anhang, bestehend aus zwei am 23. November 1901 und am 11. Januar 1902 im „British Medical Journal" veröffentlichten Briefen*).

Vorwort zur Buchausgabe dieser Vorträge.

Die beiden Vorträge, welche den grösseren Teil dieses kleinen Bandes ausmachen, wurden am 2. und 11. Oktober 1901 im Medical Graduates College und Polyclinic gehalten, und am 2. und 9. November 1901 im „British Medical Journal" veröffentlicht. Die Publikation des zweiten Vortrags war von einem Leitartikel, betitelt: „Ein Protest gegen operative Ausschreitungen" begleitet, in welchem die in den Vorträgen ausgedrückten Ansichten von dem Redakteur des „British Medical Journal" warm unterstützt wurden. Andererseits fanden dieselben durchaus nicht allseitige Billigung. Eine heftige Diskussion entspann sich, an der 16 verschiedene Briefschreiber teilnahmen, und welche mit alleiniger Ausnahme der Nummer vom 7. Dezember in allen zwischen dem 16. November 1901 und dem 11. Januar 1902 erschienenen Nummern des „British Medical Journal" fortgesetzt wurde. Am letztgenannten Datum resumierte ich die Ergebnisse der Kontroverse; der Herausgeber des „British Medical Journal" erklärte die Diskussion für geschlossen und drückte in einer redaktionellen Notiz, betitelt: „Lokalbehandlung in den oberen Luftwegen" seine volle Uebereinstimmung mit meiner Auffassung ihrer Ergebnisse aus.

Von verschiedenen Seiten ist der Wunsch ausgedrückt worden, dass die Vorträge in Separatform veröffentlicht werden möchten. Während

*) In englischer Sprache unter dem Titel: „Some Thoughts on the Principles of Local Treatment in Diseases of the Upper Air Passages" zuerst im „British Medical Journal" vom 2. und 9. November 1901 und dann, mit einem Anhang, in Buchform unter demselben Titel von Macmillan & Co. Ltd. London. 1902 veröffentlicht. — Die Uebersetzung dieser „Kapuzinerpredigt" ist, obwohl durchaus sinngetreu, eine weit freiere, als die der anderen in diesen Bänden veröffentlichten, ursprünglich in englischer oder französischer Sprache erschienenen Arbeiten, da der in ihr angeschlagene Gesprächston und manche in ihr gebrauchte „Slang"-ausdrücke sich zu wörtlicher Uebersetzung nicht eignen.

ich diesem Wunsch gern nachkomme, wäre es mir selbst lieb gewesen, wenn ich in der Form eines Anhangs sämtliche in der Kontroverse veröffentlichten Briefe und die beiden auf die Frage bezüglichen Artikel des Herausgebers des „British Medical Journal" hätte abdrucken dürfen. Leider gestatten mir die Bestimmungen des Gesetzes über literarisches Eigentumsrecht nicht, dies zu tun. Ich habe daher nur den ersten und letzten meiner eigenen Briefe hinzugefügt, da sie an sich verständlich sind und belehrende Aufschlüsse über die Natur der Opposition geben, welche gegen die in meinen Vorträgen ausgedrückten Anschauungen erhoben wurde. Diejenigen, welche eingehendere Information wünschen, müssen auf die Spalten des „British Medical Journal" verwiesen werden.

Die Vorträge selbst sind einfach mit einigen unwesentlichen wörtlichen Aenderungen und Richtigstellungen wieder abgedruckt*).

11. Januar 1902. F. S.

Vortrag I.

Einleitung.

Meine Herren!

In der glänzenden Rede über „Freunde in Beratung", die Dr. Goodhart**) kürzlich vor der British Medical Association in Cheltenham gehalten hat, und in der sowohl die Aerzte wie das Publikum eine Anzahl vortrefflicher, wenn auch vielleicht nicht gerade erfreulicher, ungeschminkter Wahrheiten zu hören bekommen, sagt er bei der Schilderung von „Patienten" folgendes: „Mit welcher Ungeduld stürzen sich heutzutage Männer und Frauen in die nicht immer genügend abstossenden Arme der Chirurgie! — Ein wenig Schmerz macht sie nervös, und alles, was sie von der Chirurgie wissen, ist ihre erfolgreiche Seite. Es ist der Tag grosser Dinge, und warum sollten sie nicht aus diesen Fortschritten Vorteil ziehen? Und so unterziehen sie sich mit einem Weh hier und einem Schmerz dort einer Operation." — Und weiterhin sagt er von den „Doktoren": „Ich betone, ich zweifle nicht, dass jeder von uns sein Bestes für den Kranken tut, der ihn konsultiert, aber ich bin nicht sicher, ob wir, indem wir den unmittelbaren Anforderungen des

---

*) Die satirischen Bemerkungen dieser Vorträge richten sich vorwiegend, wenn auch nicht ausschliesslich, gegen einige spezifisch englische Ausschreitungen, die vor 10 Jahren dortzulande in der Mode waren. Wunderlichkeiten, wie die „Atemübungen" gegen adenoide Vegetationen, die „Varicositäten der Zungenbasis", die „Erweiterungsoperationen" bei „physiologischer Unzureichendheit" der Nase usw. usw., haben meines Wissens den Kanal nicht überschritten. Diese Bezugnahme auf besondere englische Verhältnisse, die den dortigen Eingeweihten ohne weiteres klar war, zu deren näherem Verständnis aber Aussenstehenden vielfach langatmige Erklärungen hätten gegeben werden müssen, bildete für mich derzeit den Grund, eine überraschend grosse Anzahl freundlicher Anerbietungen, diese Arbeit in Deutsche zu übersetzen, dankend abzulehnen. In dieser Sammlung aber darf sie, m. E., nicht fehlen, und so habe ich sie selbst übersetzt.

**) Jetzt Sir James Goodhart, Baronet.

Augenblicks nachkommen, demjenigen, was folgen wird, genügend Rechnung tragen. Und unsere eigenen Unzulänglichkeiten in dieser Beziehung gehen Hand in Hand mit denen unserer Patienten, denn wir sind in unserer Stellung so besorgt, nichts zu übersehen, so innig beseelt von dem Wunsch, die Krankheit zu heilen, so enthusiastisch von unserer Fähigkeit überzeugt, das auszuführen, was wir wünschen. An erster Stelle kommt hier eine pathologische Bereitwilligkeit unsererseits zur Geltung: um jeden Preis etwas Krankhaftes zu entdecken. Bei der Beschäftigung mit diesem Zwecke entsteht die Gefahr, dass wir zu wenig die weiten Grenzen der Gesundheit berücksichtigen, d. h. dass wir vergessen, ein wie guter Gesundheitszustand mit zahllosen kleinen und bisweilen selbst grösseren Abweichungen vom Normalzustande verträglich ist. Wir sind geneigt, unseren Massstab zu hoch für praktische Zwecke anzulegen."

Es bedurfte nicht Dr. Goodhart's weiterer besonderer Anklage, nämlich dass „Hälse und Nasen entsetzlich unter dieser Begierde nach Operationen litten, welche das Publikum ergriffen hat," um mich zu überzeugen, dass ich nicht besser tun könne, als dasjenige, was ich seit langer Zeit über die Frage der Grundsätze der Lokalbehandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege vorzubringen beabsichtigte, mit dem Zitat der obigen weisen Worte einzuleiten, da dieselben meiner Meinung nach concis und genau den gegenwärtigen Stand der Frage bezeichnen. Nicht, dass ich eine spezielle Anklage gegen meine eigene Spezialität vorzubringen wünschte! Dr. Goodhart's furchtlose Blossstellung zeigt, dass die „Operationswut" tatsächlich ein allgemeines Characteristicum der gegenwärtigen Phase der medizinischen Entwicklung ist. Aber wenn wir vom Allgemeinen zum Besonderen kommen, und wenn ich nur von solchen Dingen spreche, in denen ich persönliches Wissen beanspruchen kann, so fürchte ich, dass ich seine Angaben vollständig unterschreiben muss, soweit die Krankheiten der oberen Luftwege in Frage kommen. Nicht allein wird lokale oder operative Behandlung dieser Teile in unzähligen Fällen in Anwendung gezogen, wo sie — ganz gelinde ausgedrückt — nicht erforderlich ist; nicht allein werden Operationen, die in wirklich geeigneten Fällen von unschätzbarem Werte sind, in ihrem Ansehen durch Vornahme en gros geschädigt; nicht nur wird der alte Schlachtruf gegen den Spezialismus, dass er zu Beschränktheit des Gesichtspunktes führe, von neuem gehört, und diesmal, fürchte ich, mit grösserer Berechtigung als bei früheren Gelegenheiten; sondern, was das Schlimmste bei der ganzen Sache ist: die ganze Laryngologie und Rhinologie wird für den Uebereifer eines einzelnen radikalen Bruchteils verantwortlich gemacht.

Unter diesen Umständen ist keine Entschuldigung dafür notwendig, dass aus den beteiligten Kreisen selbst ein ernster Protest gegen den „furor operandi" erhoben und ein Versuch gemacht wird, einige einfache Grundsätze festzulegen, welche uns als nützliche Führer bei unserer

therapeutischen Tätigkeit in Krankheiten der oberen Luftwege dienen können. Dies ist der Zweck meiner Vorträge. Ehe ich weit gekommen sein werde, werden Sie sehen, wie ich hoffe, dass Einsprache gegen Uebertreibungen nichts weniger als gleichbedeutend mit Empfehlungen für Verschleppung oder mit verzagten Ratschlägen in Fällen ist, in denen schnelles und energisches lokales Vorgehen tatsächlich geboten ist.

Der Grundgedanke der Lokalbehandlung.

Lassen Sie mich demgemäss damit beginnen, meine eigene Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass es in der Natur der Dinge liegt, dass, sobald ein Teil des menschlichen Körpers durch den Fortschritt unserer Wissenschaft dem Auge und der Hand mehr zugänglich gemacht worden ist, die Behandlung der Krankheiten dieses Teils allmählich von der medizinischen auf die chirurgische, oder wenigstens von der allgemeinen auf die topische Seite übergeht. Der Grundgedanke dieses Wechsels liegt auf der Hand. Statt, wie dies satyrisch beschrieben worden ist: „Arzneimittel, von denen wir wenig wissen, einem Körper, von dem wir noch weniger wissen“, einzuverleiben, in der bisweilen ziemlich unbestimmten Hoffnung, dass einige der Bestandteile unserer Mixtur die Affektion, an der unser Patient leidet, erreichen und günstig beeinflussen mögen, modifizieren wir mittels Substitution der lokalen für die allgemeine Behandlung entweder durch topische Applikationen, deren Wirkung genau überwacht werden kann, den Verlauf des Leidens, oder entfernen dasselbe in anderen Fällen in toto durch einen chirurgischen Eingriff. Dass ein solcher Wechsel, ganz allgemein gesprochen, fast stets einen wirklichen therapeutischen Fortschritt bedeutet — obwohl, wie weiterhin gezeigt werden wird, wichtige Ausnahmen von dieser Regel vorkommen —, ist definitiv durch die mächtige Vergrösserung unserer Fähigkeit zu heilen innerhalb der letzten fünfzig Jahre bewiesen.

Die Triumphe der Chirurgie des Gehirns und der Bauchorgane sind über jeden Zweifel erhaben, und wäre ein weiterer Beweis erforderlich, so wird ein solcher durch den grossen Fortschritt geliefert, den wir in der Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege gemacht haben. Während vor vierzig Jahren der Arzt das Symptom „Heiserkeit“ mit Arzneimitteln und Klimawechsel behandelte, oft genug in vollständiger Unwissenheit darüber, ob dies Symptom von einer einfachen katarrhalischen Entzündung, Syphilis, Tuberkulose, einer gutartigen Neubildung, Krebs oder Lähmung des Kehlkopfes abhinge, sind wir jetzt nicht nur in der Lage, genau zwischen diesen Möglichkeiten zu unterscheiden, sondern auch durch lokale Applikationen oder durch Operation wenn nicht alle, so doch sicherlich die Mehrzahl der obengenannten Krankheiten zu heilen. — Wo vor dreissig Jahren das Kind, das nicht durch die Nase atmen konnte und den Mund offen hielt, von Eltern und Gouvernanten wegen seiner „schlechten Angewohnheit“ gescholten wurde, und wo man es mit Hühnerbrust, entstelltem Gesicht, in seiner allgemeinen Ent-

wicklung behindert und unter dem immerwährenden Schatten von Ohrkomplikationen lebend, aufwachsen liess, erzielen wir gegenwärtig mittels der Entfernung adenoider Vegetationen — d. h. in wirklich geeigneten Fällen, wie ich hervorheben möchte — eine ebenso überraschende wie erfreuliche Verbesserung in allen diesen Beziehungen. — Wo noch vor zwanzig Jahren Patienten, die an derzeit sogenanntem „Stockschnupfen" litten, begleitet von häufigem Kopfschmerz und von Symptomen, die heutzutage auf die Absorption toxischen während der Nacht verschluckten und in die Digestionsorgane gelangten Sekrets aus der Nase zurückgeführt werden, mit beruhigenden und Verdauungs-Mixturen, Luftveränderung und ebenso harm- wie nutzlosen Schnupfpulvern behandelt wurden, finden wir jetzt in vielen Fällen der Art die Ursache aller dieser Störungen in einem Empyem der einen oder der anderen Nebenhöhle der Nase und erzielen dauernde Heilung durch einen chirurgischen Eingriff.

Diese Illustrationen liessen sich leicht vermehren; sie reichen aber hin, wie ich denke, um den grossen und vielfältigen Fortschritt zu zeigen, der durch die Einführung der Lokalbehandlung in einer Anzahl von eben so häufigen wie quälenden Leiden der oberen Luftwege erzielt worden ist.

Uebertreibung der Lokalbehandlung.

Während dieser Fortschritt uneingeschränkt, oder vielmehr mit höchster Dankbarkeit, anerkannt werden muss, ist es eine ganz andere Frage, ob die Ausdehnung, in der die Allgemeinbehandlung durch lokale ersetzt worden ist, ebenso uneingeschränkt als segensreich anerkannt werden darf. Leider sind in fast allen Sphären menschlicher Tätigkeit die nützlichsten und wünschenswertesten Neuerungen der Gefahr ausgesetzt übertrieben zu werden, und es scheint sogar beinahe, als ob diese Gefahr im Verhältnis zum inneren Werte der ursprünglichen Bewegung wachse. Während Beispiele hierfür fast täglich in der Kunst, im Handel, in der Industrie und in der Wissenschaft zu sehen sind, zeigt besonders das Studium der Entwickelung der modernen Medizin, dass trotz vieler enttäuschender Erfahrungen fast jeder Fortschritt in unserer Kunst die Gefahr läuft, zuerst masslos übertrieben, dann ebenso masslos verschrieen zu werden, um endlich, wenn überhaupt, oft genug mit erheblicher Verminderung seines ursprünglichen Ansehens aus dem Kampfe hervorzugehen.

Brauche ich die urteilslose Empfehlung vieler ausgezeichneter Heilmittel zu erwähnen, welche, obwohl wirksam genug in gewissen bestimmten Leiden, zu einer Zeit für jede Krankheit unter der Sonne gepriesen wurden; die masslosen aber so bald bitter enttäuschten Hoffnungen nach der Einführung des Tuberkulins; die Ausschreitungen in der Verwendung der Elektrizität als eines therapeutischen Agens in vergangenen Tagen, und besonders den Uebereifer, den wir so oft der Einführung neuer und an sich vortrefflicher Operationen folgen sehen? —

Was mir stets als das Auffallendste erschienen ist, wenn ich diese Erfahrungen überdacht habe, ist, dass die von ihnen gepredigten Lehren

so wenig beherzigt werden! — Einmal nach dem anderen sieht man, dass, unabgeschreckt durch ganz frische und unangenehme Erfahrungen ähnlicher Art, Uebertreibungen wahrhaft erstaunlicher Natur wiederum platzgreifen, sobald ein aussichtsreicher medizinischer Fortschritt gemacht wird, und einmal nach dem anderen erlebt man die Vollendung des Cyclus von Ueberschätzung, Unterschätzung und Rückkehr zu nüchterner Besonnenheit.

Die Methode der Lokalbehandlung der Krankheiten der oberen Luftwege hat, wie ich zu meinem Bedauern sagen muss, keine Ausnahme von dem eben skizzierten Verlauf der Dinge gemacht. Mehr als einmal hat sie Strafe für ihren Erfolg zu zahlen gehabt, und noch heute zahlt sie eine solche periodisch, sobald eine vielversprechende Neuerung eingeführt wird. Kein besseres Beispiel kann hierfür angezogen werden, als die ganze Geschichte der modernen Rhinologie. Wenn wir unser heutiges Wissen von den Krankheiten der Nase mit dem vor 20 Jahren vergleichen, so kann es nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, dass viele wichtige Fortschritte gemacht worden sind. Aber sowie nur eine aussichtsreiche rhinologische Neuerung eingeführt wurde, wurde sie sofort in der unerlaubtesten Weise übertrieben, und kaum war die Uebertreibung erkannt und hatten die Gemüter angefangen sich abzukühlen, als das alte Idol einem neuen Fetisch zu weichen hatte, der nunmehr mit gleichem Enthusiasmus angebetet wurde.

Es genügt, Sie an die nekrotisierende Ethmoiditis, an die nasalen Reflexneurosen, an die Verbiegungen und Verkrümmungen der Nasenscheidewand, an die Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muscheln, an die neueste Schrulle: die „physiologisch unzureichende“ Nasenatmung und an alle die mit diesen Verhältnissen zusammenhängenden übertriebenen Operationen zu erinnern, welche einander innerhalb der letzten 20 Jahre wie Schildwachen auf dem Posten abgelöst haben, um zu beweisen, dass meine Beschreibung nichts weniger als phantastisch ist. Ob es die Erleichterung der Diagnose ist; ob es die unbestreitbaren Triumphe sind, welche in vielen Leiden der Nase und des Halses erzielt werden, die früher als unheilbar galten; ob es die beim Publikum und auch bei den Aerzten stets zunehmende Ueberzeugung ist, dass alle Krankheiten dieser Teile lokal behandelt werden müssen; ob es die moderne Lehre ist, dass eine grosse Anzahl der dunkelsten Krankheiten des Menschengeschlechts, selbst wenn dieselben sich in entfernten Körperteilen abspielen, in Wirklichkeit von Affektionen der oberen Luftwege abhängen; ob es endlich, wie dies wohl am wahrscheinlichsten ist, eine Kombination aller dieser Faktoren ist — jedenfalls kann m. E. kaum der geringste Zweifel darüber herrschen, dass lokale und ganz besonders operative Behandlung dieser Teile, so vortrefflich dieselbe in wirklich geeigneten Fällen ist, im Laufe der letzten Jahre beträchtlich übertrieben und dass eine deutliche Tendenz vorhanden ist, sie noch weiter zu übertreiben.

In diesem Zusammenhang ist es interessant zu untersuchen, wer die grösseren Sünder gewesen sind, ob die Aerzte oder das Publikum? Dr. Goodhart scheint der Ansicht zu sein, dass der grössere Teil der Schuld auf das Publikum fällt. Er argumentiert, wenn ich ihn recht verstehe, dass der moderne Patient seinen Arzt zu einem gewissen Vorgehen zwingt, indem er einen bestimmten Artikel von ihm verlangt, und dass der Arzt nur darin fehlt, dass er diesem Verlangen nachkommt. Unzweifelhaft liegt viel Wahres in diesem Argument und vielleicht nirgends wird dies augenscheinlicher als in der gegenwärtig erörterten Frage. Das Publikum selbst ist den grossen Fortschritten, welche, Dank der Einführung der Lokalbehandlung, in der Therapie vieler Krankheiten der oberen Luftwege gemacht worden sind, mit so lebhaftem Interesse gefolgt, dass es die, wenn auch ganz voreilige und irrige, so doch sehr verständliche und entschuldbare Forderung gezogen hat, dass alle Leiden dieser Teile lokaler Behandlung zugänglich seien, und lokal behandelt werden müssten. Sie konsultieren demgemäss den Arzt, und besonders den Spezialarzt, in der bestimmten Erwartung, dass ihnen entweder eine lokale Applikation verordnet, oder dass eine Operation vorgenommen werden wird. Wie oft sehe ich unverhüllte Enttäuschung auf einem Gesicht, wenn ich dessen Eigentümer erklärt habe, dass sein Fall sich nur für allgemeine, nicht für topische Behandlung eigne; wie oft höre ich, wenn ich mich dem Glauben hingebe, dass es mir gelungen sei, es dem Leidenden ganz klar zu machen, dass seine lokalen Empfindungen auf Störungen seines Allgemeinbefindens beruhten, und dass diese es seien, welche einer Behandlung bedürften, die Frage: „Aber wollen Sie mir nicht etwas zum Gurgeln geben?“ — Es hängt hauptsächlich von der Charakterfestigkeit des Arztes ab, ob er unter solchen Umständen dem Vorgehen treu bleiben wird, welches er selbst als das richtige betrachtet, oder ob er der Einbildung des Patienten Rechnung tragen soll, indem er ihm neben der offenbar indicierten konstitutionellen Medikation ein unschuldiges lokales Placebo verschreibt. Unzweifelhaft lässt sich etwas für die letztere Alternative sagen. Wie Dr. Goodhart sehr wahr bemerkt: „Es gibt Zeiten, wo die Leidenden keine verständigen Wesen sind, und wenn sie keine Flasche Medizin“ — oder sollen wir in unserem speziellen Falle sagen: Kein Gargarisma, oder keine Pinselung, oder keine Inhalation? — „bekommen, an der sie ihre Hoffnung festankern können (oh welcher Treibsand!), so geraten sie in einen Zustand von Unruhe, der für ihre Besserung direkt schädlich ist.“ Das ist sicherlich wahr. Und weiterhin, wenn man mit einiger Weltkenntnis, und zahlreichen früheren Erfahrungen als Leitsternen sieht, dass der Patient, unzufrieden damit, dass er nicht bekommt, was er will, bei sich denkt: „Dieser Doktor versteht meine Krankheit nicht“, und dass er mit Sicherheit in die Hände des Lokalenthusiasten oder in diejenigen eines noch bedenklicheren Praktikers fallen wird, der an ihm mit gleicher Sicherheit eine vollständig unnötige Operation verüben wird, so erhebt sich vor einem die schwierige Frage,

ob es nicht im Interesse des Patienten besser gewesen wäre, seinem Wunsche zu willfahren und ihm irgend ein Lokalmittel zu verordnen, das, wenn auch völlig nutzlos, doch jedenfalls ebenso harmlos gewesen wäre und ihn beruhigt hätte. Ich wage nicht zu sagen, dass eine solche „pia fraus“ unter keinen Umständen begangen werden darf. Aber gegen sie sprechen drei schwerwiegende Gründe, welche ich Ihrer ernsten Erwägung unterbreiten möchte. An erster Stelle machen Sie sich, wenn Sie in solchen Fällen eine lokale Applikation verordnen, welche natürlich in gewissen Zwischenräumen zu wiederholen ist, unwillkürlich zum Verbündeten des Patienten, indem Sie seine Aufmerksamkeit auf seine lokalen Sensationen konzentrieren, während Sie in seinem eigenen Interesse alles aufbieten sollten, um sie von denselben abzulenken. Zweitens geben Sie sich dazu her, den allgemeinen Glauben zu unterstützen, dass alle Affektionen der oberen Luftwege lokal behandelt werden müssten, obwohl Sie wissen, dass dieser Glaube weder richtig noch wünschenswert ist. Und drittens — was die ernsteste Seite der Frage ist — können Sie, wenn Sie der Versuchung weichen, unbewusst und mit den besten Absichten in der Welt, aber doch sehr tatsächlich, die Grenzlinie zwischen legitimer Praxis und Quacksalberei überschreiten! — Unter allen Umständen sollte daher die „pia fraus“, von der ich gesprochen habe, nur in äusserst seltenen Fällen begangen werden, und der Arzt sollte sein Rückgrat aufrichten und sein Herz dagegen verhärten, schwächlich jedem unvernünftigen Wunsche eines unvernünftigen Patienten nachzukommen. Besser, meine ich, ist es, einen solchen zu verlieren, wenn er nicht auf wohlgemeinten Rat hören will, als sich selbst eingestehen zu müssen, dass man auf das Niveau gewohnheitsmässigen Handelns gegen seine eigene bessere Ueberzeugung herabgesunken sei. —

Aber, meine Herren, dürfen wir uns wirklich mit dem tröstlichen Gedanken schmeicheln, dass in dieser ganzen Angelegenheit das Publikum der einzige Verführer sei, und dass unser Stand nur passiv sündige, indem er der Versuchung unterliege? — Ich muss bekennen, dass ich nicht glaube, dass diese Frage ehrlich bejahend beantwortet werden kann. Meiner Ansicht und Erfahrung nach beherrscht der „furor operandi“ (in welchem Ausdruck auch andere Formen von Lokalbehandlung eingeschlossen sind), nicht allein das Publikum, sondern auch eine beträchtliche Anzahl von Aerzten, und ich meine, dass es nicht ernstlich in Frage gestellt werden kann, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der ursprüngliche Vorschlag zu einer Operation oder zu einem lokalen Eingriff nicht vom Patienten selbst, sondern von seinem ärztlichen Berater ausgeht. Natürlich wird gesagt werden: „das ist so, wie es sein sollte“, und ich bin gewiss der letzte zu bestreiten, dass die Initiative zu irgend einer Behandlung vom Arzte ausgehen sollte, statt dass der Patient einen Druck auf ihn ausübt. Was ich aber behaupte, ist, dass die Häufigkeit, mit der heutzutage lokale Eingriffe empfohlen und vorgenommen werden, leider ganz ausser Verhältnis zur Notwendigkeit steht; dass Operationen

en gros ausgeführt werden, wo sie nicht erforderlich sind; dass operative Vorschläge auf der Basis irgend einer unbewiesenen Theorie gemacht und in grosser Zahl ausgeführt werden; und dass der operative Eingriff selbst häufig genug unverhältnismässig schwer und langdauernd gegenüber der Geringfügigkeit der Beschwerde ist, derenthalben er vorgenommen wird. Es wird weiterhin, wenn wir zu Einzelheiten kommen, meine Pflicht sein, diese ernsten Behauptungen mit Tatsachen zu belegen, und ich weiss, dass ich in der Lage sein werde, dies zu tun, aber ich musste die peinliche Frage, welche den Ausgangspunkt meiner Bemerkungen bildete, noch einmal in diesem Zusammenhange berühren, weil ich es nicht für billig halte, dass die ganze Schuld der „Operationswut“ auf die Schultern des Publikums gewälzt wird, und weil ich ehrlich überzeugt bin, dass die operativen Heisssporne unter uns selbst einen mindestens ebenso grossen Anteil von Tadel verdienen.

Dies ist, wie ich hoffe, weder ein unbedachter noch ein unbarmherziger Ausspruch. Während ich ihn tue, bin ich mir klar bewusst, dass in Behandlungsfragen oft sehr legitimer Raum für beträchtliche Meinungsdifferenzen besteht; dass die enthusiastischere und therapeutisch zu aktiverem Vorgehen geneigte Fraktion unserer Spezialität von ebenso ehrenwerten Motiven beseelt ist, als die skeptischere, und dass wir der ersteren für den grössten Teil der therapeutischen Fortschritte des gegenwärtigen Tages zu Dank verpflchtet sind. Aber nachdem alle diese Einschränkungen gemacht und gebührend berücksichtigt worden sind, bleibt doch kein Zweifel in meinem Geiste, dass es unter uns nicht wenige gibt, welche, wie Dr. Goodhart es ausgedrückt hat, „so enthusiastisch von ihrer Fähigkeit überzeugt sind, das auszuführen, was sie wünschen,“ dass ihr Eifer nur zu oft mit ihrer Diskretion davonläuft. Indem sie von der „pathologischen Bereitwilligkeit“ ausgehen, „etwas Krankhaftes zu entdecken,“ hegen sie den Verdacht, dass die Ursache aller Leiden, denen das Menschengeschlecht unterworfen ist, in ihrem eigenen kleinen Lieblingswinkel steckt, und wenn sie dort die kleinste Abweichung vom Normalzustande finden, so überreden sie sich selbst, dass sie den wahren Ursprung der Leiden des Kranken entdeckt haben, und machen sich sofort daran, denselben mit Feuer und Schwert auszurotten.

Ja, ja: unser „radikaler Lokalschwärmer“ ist eine viel gefährlichere und positiv Uebel anrichtende Person, als der arme Landarzt, der den Hals seines einflussreichen Patienten mit Höllenstein touchiert, weil derselbe darauf besteht, dass „etwas getan werden müsse!“ — Während unser Freund vom Lande gelegentlich unterliegt, „parcequ'il faut vivre,“ wie der Schneider zu Talleyrand sagte, schlachtet der typische Lokalschwärmer und Lokaltherapeut aus eigenem Antrieb Hekatomben! — In jedem Kranken, der sein Konsultationszimmer betritt, sieht er eine Beute für das Geschoss seiner Lokalbehandlung, und wenn er über seine Erfahrungen schreibt oder spricht, so lesen oder hören Sie mit Erstaunen von den dutzenden oder hunderten von Fällen, in denen er es für

notwendig gehalten hat, gewisse Operationen vorzunehmen, und in denen er „vorzügliche Resultate“ erzielt hat, während Sie selbst, mit einer nicht ganz unverächtlichen Praxis, sich nur weniger Fälle erinnern können, in welchen Sie die fragliche Operation für erforderlich gehalten haben, und während Sie zufällig wissen, dass die späteren Erfahrungen einiger der Patienten, an denen die Operationen von ihrem begeisterten Fürsprecher vorgenommen worden waren, seinen glänzenden Bericht nichts weniger als rechtfertigen! —

Der komischste Teil der ganzen Affaire — wenn man in solch ernsten Dingen überhaupt von Komik sprechen darf — ist der, dass jeder einzige der Brüderschaft der Heisssporne eine ihm eigentümliche Lieblingsoperation hat, zu der er anscheinend unter allen Umständen seine Zuflucht nimmt. Ich gestehe, ich kann mich nicht schwerer Bedenken erwehren, wenn ich angegeben sehe, dass Dr. X. mehr als 500 Highmorshöhlen innerhalb verhältnismässig weniger Jahre eröffnet hat; dass Dr. Y. es für notwendig findet, die Nasensäge „beinahe täglich“ anzuwenden; und dass Dr. Z. „variköse Venen“ auf dem Zungengrunde oder im Rachen bei jedem dritten oder vierten Patienten entdeckt, die seiner Meinung nach die Applikation des Galvanokauters bei einer anscheinend beträchtlichen Anzahl derselben notwendig machen. Angaben solcher Art, die heutzutage durchaus nicht ungewöhnlich sind, rechtfertigen, wie ich fürchte, mehr als genügend die stetig im Wachsen begriffene Abneigung gegen lokale Uebertätigkeit in diesem Gebiete der Medizin, welche jedermann, der seine Augen offen hat, in letzter Zeit bemerkt haben muss, eine Abneigung, die, wie ich Sie versichern kann, von niemandem lebhafter geteilt wird, als von der grossen Anzahl gemässigter Rhino-Laryngologen, die der Natur ihres Berufes nach wahrscheinlich mehr Gelegenheit haben zu sehen, was wirklich vorgeht, als der ärztliche Stand im Allgemeinen, und die, wie ich wiederhole, darüber um so mehr aufgebracht sind, als ihre ganze Spezialität für die excessive Tätigkeit ihres radikalen Flügels verantwortlich gemacht wird. Sie sehen mit aufrichtigem Bedauern, dass sich eine Revolution gegen gewisse Operationen und Formen der Lokalbehandlung vorbereitet, die in geeigneten Fällen äusserst nützlich sind, in denen aber der therapeutische Eifer der Lokalanhänger im Laufe der letzten Jahre besonders augenscheinlich und herausfordernd gewesen ist. Sie sehen aus analogen Erfahrungen voraus, dass die gärende Reaktion nicht allein die Auswüchse verschlingen dürfte, gegen welche sie gerichtet ist, sondern die Methode selbst, so trefflich dieselbe in wirklich geeigneten Fällen ist. Ich bin überzeugt, dass schon früher ein Protest aus ihrer Mitte gegen den von ihnen selbst erkannten Uebereifer erhoben worden wäre, hätten nicht dieselben leicht verständlichen persönlichen Erwägungen, welche mich lange Zeit verhindert haben, offen mit der Sprache herauszugehen, auch ihre Zungen und Federn — mit einer einzigen Ausnahme, auf die ich weiterhin zurückkommen werde, — gefesselt. Endlich aber scheint die Zeit gekommen zu sein, wo es beinahe zur

Pflicht wird, den gegenwärtigen Zustand der Dinge furchtlos zu kritisieren, und den Versuch zu machen, eine grössere Uebereinstimmung, als sie gegenwärtig herrscht, hinsichtlich der Grundsätze zu Wege zu bringen, welche uns bei der Lokalbehandlung der Krankheiten der oberen Luftwege leiten sollten.

Die Schwierigkeit der Festlegung allgemeiner Grundsätze.

Dass jemals völlige Einmütigkeit hinsichtlich dieser Grundsätze erzielt werden wird, wage ich selbst nicht zu hoffen. Zwei Umstände verhindern einen so glücklichen Ausgang.

Zunächst spielt, wie ich eben zu zeigen versucht habe, das persönliche Element eine so grosse Rolle bei allen Behandlungsfragen und zwar ebensowohl in Bezug auf das Temperament des ärztlichen Ratgebers wie auf das seines Patienten, dass niemals eine allgemeine Formel gefunden werden wird, die auf alle Fälle passt. So lange es Verschiedenheiten in der Erziehung, in der Intelligenz, im Charakter geben wird — und diese Verschiedenheiten werden natürlich bis zum Ende der Welt bestehen — werden wir unser therapeutisches Vorgehen den Eigentümlichkeiten jedes einzelnen Patienten anpassen müssen, und was dieses Vorgehen sein soll, darüber werden die Ansichten medizinischer Optimisten und Pessimisten ebenso beharrlich auseinandergehn. —

Der zweite Punkt, welcher die Festsetzung und Annahme irgend welcher allgemeinen Grundsätze bei der Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege erschwert, ist die unleugbare Tatsache, dass unsere Ansichten darüber, ob eine lokale oder eine allgemeine Behandlung einzuschlagen sei, infolge jeglicher neuen Entdeckung dermassen dem Wechsel ausgesetzt sind, dass dasjenige, was gestern noch wichtig oder vielmehr unerlässlich zu sein schien, morgen in die Rumpelkammer geworfen werden mag. —

In der Einleitung dieses Vortrags wurde erwähnt, dass, während gegenwärtig die Behandlung dieser Leiden in der Richtung vom allgemeinen zum lokalen fortschreitet, wir doch gelegentlich eine Bewegung in der entgegengesetzten Richtung antreffen. Die beste Illustration für die Wahrheit dieser Angabe liefert die Geschichte der Behandlung der Diphtherie in unseren Tagen. Während selbstvertständlich Massregeln allgemeiner Natur niemals von denkenden Aerzten bei der Behandlung dieser gefährlichen Krankheit vernachlässigt wurden, entwickelte sich die lokale Behandlung ihrer lokalen Erscheinungen im Laufe der Zeit mehr und mehr. Caustica und Adstringentia, Resolventia und Antiseptica, Hitze und Kälte, Firnisse, Papain, Hydrogenium oxygenatum, und eine Legion anderer lokaler Applikationen wurden empfohlen und fleissig gebraucht, um dem lokalen Prozesse Einhalt zu tun. Da wird plötzlich die Serumbehandlung eingeführt und siehe da: ebenso plötzlich ist fast der ganzen Lokaltherapie der Garaus gemacht! — Allerdings werden auch heute noch reinigende Mittel und Inhalationen verschiedener Art in Anwendung

gezogen, und auch heute noch mag die Intubation oder Tracheotomie lokal erforderlich werden, im Ganzen aber kann kein Zweifel darüber obwalten, dass bei dieser Krankheit die Lokalbehandlung der siegreichen Allgemeinbehandlung hat das Feld räumen müssen.

Was wir bei der Diphtherie erlebt haben, dürften wir wahrscheinlich und möglicherweise schon in naher Zukunft, auch bei anderen Leiden sich wiederholen sehen, wenn, wie mit Recht zu hoffen steht, die Antitoxin- und Serumbehandlung weitere Fortschritte machen sollte. Während es leider kaum einem Zweifel unterliegen kann, dass die Tuberkulosebehandlung in ihrer ursprünglichen Form verfrüht eingeführt und in Anwendung gezogen worden ist, scheint es mir ebenso sicher, dass Koch's Grundgedanke einen Schritt von höchster Wichtigkeit in der richtigen Richtung darstellte, und es lässt sich mit Recht hoffen, dass wir bei weiterer Vervollkommnung der Methode eines Tages dazu gelangen werden, den Tuberkelbacillus in den lebenden Geweben des Körpers zu töten, ohne letztere zu schädigen. Wenn dieses Ziel erreicht sein wird, dann wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch die chirurgische Behandlung der lokalen Manifestationen der Tuberkulose entweder ein Ende haben, oder wenigstens nur in Ausnahmefällen benötigt sein. So mögen alle die lokalen Massregeln, speziell bei der Kehlkopftuberkulose, wie das Curettement, die Milchsäureapplikationen u. s. w., die wir in diesem Augenblicke berechtigterweise als wichtige Fortschritte in der Behandlung einer der grausamsten Komplikationen der Lungentuberkulose betrachten, eines Tages plötzlich zu den Reliquien einer verflossenen Epoche gezählt werden. Und — wenn man dies nicht für zu utopisch ansehen will — es steht selbst zu hoffen, dass der Tag grauen wird, an dem dasjenige, was bei der Diphtherie und der Syphilis schon erreicht worden ist, und was man billigerweise bei der Tuberkulose erwarten darf, auch für jene schrecklichste aller menschlichen Seuchen, den Krebs, gelten wird! —

Sie sehen, meine Herren, dass ich mich keinen Illusionen darüber hingebe, dass irgend welche Prinzipien der Lokalbehandlung der oberen Luftwege, welche vorgeschlagen werden könnten, die geringste Aussicht haben, universell adoptiert und für alle Zeiten befolgt zu werden. Aber wenn dies alles gesagt und freimütig zugestanden ist, so bleibt doch noch genug übrig, um es dringend wünschenswert zu machen, dass in unserer eigenen Zeit eine grössere Uebereinstimmung darüber erzielt wird, was bezüglich der Lokalbehandlung der Krankheiten der oberen Luftwege erforderlich ist und wie dieselbe ausgeführt werden soll, als sie jetzt existiert. Die Zukunft wird für sich selbst sorgen müssen.

Im folgenden ist es natürlich nicht meine Absicht, jede einzelne Krankheit der oberen Luftwege gesondert zu besprechen oder selbst nur zu erwähnen, jede Indikation für ihre lokale Behandlung zu beschreiben, oder auf Fragen der operativen Technik einzugehen. Ganz abgesehen von der Tatsache, dass die mir zur Verfügung stehende Zeit viel zu kurz

ist, um ein so umfassendes Thema zu bewältigen, würde ein solches Vorgehen, wie ich fürchte, grade den Zweck vereiteln, den ich im Auge habe. Denn ich würde auf so viele Details eingehen müssen, dass über ihnen die allgemeinen Grundsätze in den Hintergrund gedrängt werden würden, welche meiner Ansicht nach unsere Tätigkeit in dieser Klasse von Leiden regeln sollten. Es sind aber diese Grundsätze, deren Erwägung meinen Hauptzweck bildet. Nur bei einigen wenigen wichtigen und häufigen Krankheiten, wie bei den adenoiden Vegetationen und der Kehlkopftuberkulose, werde ich auf Einzelheiten eingehen, da die Erfahrung gezeigt hat, dass selbst mit Bezug auf solche Einzelheiten gewisse allgemeine Grundsätze des Denkens und des Vorgehens erforderlich sind. Was den Rest anbetrifft, so werden Sie es, wenn Sie überhaupt die Gedanken, die ich Ihnen unterbreiten werde, Ihrer Annahme für würdig erachten, wie ich glaube nicht schwer finden, aus ihnen einen Leitfaden für Ihr Handeln unter Umständen und bei Leiden zu entwickeln, welche ich vielleicht nicht einmal dem Namen nach erwähnen werde.

Für meine speziellen Zwecke können die Symptome und objektiven Zeichen, mit denen wir es bei pathologischen Zuständen der oberen Luftwege zu tun haben, in folgende Kategorieen eingeteilt werden:

1. Affektionen rein lokalen Charakters.

2. Lokale Manifestationen allgemeiner oder Systemkrankheiten.

3. Lokale Erscheinungen in der Nase und im Halse, die von lokalen Krankheiten in Gebieten abhängen, mit denen die erstgenannten Teile in Wechselbeziehungen stehen.

4. Affektionen der oberen Luftwege, die dem Glauben nach einen Einfluss auf andere Organe und Teile des Körpers ausüben. Dieser Einfluss kann a) direkten, b) reflektorischen Charakters sein.

5. Lokale Symptome und Empfindungen dunklen Ursprungs.

(Ein gewisser Grad gegenseitigen Uebergreifens ist bei der Benutzung dieser Einteilung unvermeidlich; dasselbe wird aber so weit als möglich eingeschränkt werden.)

Schliesslich werde ich einige Bemerkungen zu machen haben über:

6. Die Notwendigkeit, ein angemessenes Verhältnis zwischen der Schwere der Krankheit und derjenigen des Eingriffs zu beachten.

---

1. Affektionen der oberen Luftwege rein lokalen Charakters.

Es ist selbstverständlich, dass in der Regel die Frage, ob in einem gegebenen Falle Lokalbehandlung angewendet werden soll oder nicht, in dieser Klasse von Leiden am leichtesten zu beantworten sein wird. Ja, man kann es als einen allgemeinen Grundsatz aufstellen, dass, wenn eine Krankheit der oberen Luftwege a) rein lokal ist, b) beträchtliche lokale Unbequemlichkeiten oder ernstere Störungen des Allgemeinbefindens verursacht, und c) lokaler Behandlung zugänglich ist — letztere sofort eingeschlagen werden soll, ohne kostbare Zeit mit rein exspektativer oder

mit konstitutioneller Behandlung zu vertrödeln, deren Wirkung bei fast allen Affektionen dieser Art im besten Falle äusserst zweifelhaft und gewöhnlich völlig negativ ist.

Sie sehen, meine Herren, mein Vorschlag ist wahrlich umfassend und radikal genug, um die weitgehendsten Freunde der Lokalbehandlung zu befriedigen. Er schliesst akute und chronische Entzündungen, Abszesse, Neubildungen, Fremdkörper, Drüsenhypertrophieen, alle Formen von Obstruktion, und irgendwelche sonstigen Affektionen der Nase, des Nasenrachenraumes, des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre, in sich ein, deren rein lokaler Charakter ermittelt werden kann, und deren Natur aktives Eingreifen verlangt. Aber er beschränkt die Indikation für aktives Eingreifen auf Fälle, in welchen ein solches wirklich erforderlich ist, indem er verlangt, dass ein solches Einschreiten nur erfolgen soll, wenn die in Frage stehende Affektion entweder beträchtliche lokale Unbequemlichkeit oder ernstere Störungen des Allgemeinbefindens verursacht. Und in diesem Verlangen liegt der Kernpunkt der ganzen Frage. Kein verständiger Mensch wird Einspruch erheben gegen die Entfernung einer Obstruktion in der Nase, welche die Nasenatmung fast völlig aufhebt, trockene Pharyngitis verursacht, und eine Neigung zu Kehlkopf- und Bronchialkatarrhen schafft; gegen die Radikaloperation eines chronischen Stirnhöhlenempyems, welches heftigen Stirnkopfschmerz, gastrische Symptome, schwere Störungen des Gesamtbefindens bedingt, und das ganze Leben unerträglich macht; gegen die Entfernung adenoider Vegetationen, welche die Atmung und das Gehör des kleinen Patienten merklich beeinträchtigen und seine Aussichten, zu einem gesunden und kräftigen Manne heranzuwachsen, stark gefährden; oder gegen die Exstirpation von Kehlkopfpapillomen oder -fibromen, welche den Patienten stimmlos machen und ihn zu ersticken drohen. Ich wiederhole: in allen solchen und in einer grossen Anzahl ähnlicher Fälle ist es die offenbare Pflicht des Arztes, das lokale Leiden mit energischer lokaler Behandlung zu bekämpfen, und ich bin so weit entfernt davon, in dieser Klasse von Fällen eine schwächliche Haltung anzuraten, dass ich mich im Gegenteil dieser Gelegenheit zu bedienen wünsche, um, wie ich dies bei mehr als einer früheren Gelegenheit getan habe, aufs Neue lebhaft auf grössere Energie in zwei Kategorien zu dringen, bei denen man nur zu häufig die traurigen Folgen einer Politik der Ignoranz und der Verschleppung sieht. Ich spreche von den Fremdkörpern in den Luftwegen und — ganz besonders — vom Kehlkopfkrebs.

Fremdkörper in den Luftwegen.

Mit Bezug auf Fremdkörper sollte das fundamentale Prinzip das sein: sie niemals in situ zu belassen, selbst wenn sie anfänglich keine ernsten Symptome producieren sollten! — Vernachlässigung dieser Regel führt häufig genug zu schlimmen Folgen. In der Nase findet man oft, dass kleine Fremdkörper, welche im Beginne gar keine Unbequemlichkeiten verursachten, als Kerne für Rhinolithen gedient haben, die nicht allein

die Ursache für chronische fötide Absonderung abgaben, sondern deren schliessliche Entfernung erhebliche Schwierigkeiten bedingte. — Aus dem Pharynx haben spitze Fremdkörper, deren sofortige Entfernung versäumt wurde, weil sie keine dringlichen Symptome erzeugten, ihren Weg in die Gewebe des Halses oder der Brust gefunden und tödliche Blutung durch Arrosion grosser Gefässe verursacht. — Im Larynx mögen Fremdkörper, die sich selbst überlassen bleiben, entweder Perichondritis und bleibende Ausserstandsetzung des Organs zuwege bringen, oder sie mögen frei werden und in die tieferen Luftwege fallen, wo sie Unheil der schlimmsten Art anrichten können. Ich habe Beispiele fast aller dieser Möglichkeiten gesehen, sämtlich veranlasst durch anfängliche Vernachlässigung.

Kehlkopfkrebs.

Ebenso gross, wie bei der eben besprochenen Kategorie, ist die Notwendigkeit frühzeitigen und energischen lokalen Eingreifens beim Kehlkopfkrebs. Es ist endgiltig gezeigt worden, dass in einer beträchtlichen Proportion derjenigen Fälle, in denen die Krankheit im Inneren des Kehlkopfs, besonders an den Stimmbändern beginnt, sie dauernd durch eine so einfache und verhältnismässig ungefährliche Operation, wie sie die Thyreotomie mit Entfernung der affizierten Teile und einer Zone gesunden Gewebes um sie herum darstellt, gehoben werden kann, nur vorausgesetzt, dass die Diagnose so früh gestellt wird, dass das Leiden noch beschränkt und allerseits wohl umschrieben ist. Leider aber kommen noch heute, trotz alles dessen, was, besonders in England, über den trivialen Charakter der Anfangssymptome in diesen Fällen, besonders der hartnäckigen Heiserkeit, welche gewöhnlich das einzige objektive Symptom darstellt, gesagt und geschrieben und obwohl einmal nach dem anderen auseinandergesetzt worden ist, dass hartnäckige Heiserkeit bei einer Person in mittlerem Alter peremptorisch eine laryngoskopische Untersuchung fordert — nicht wenige Fälle zur Beobachtung, in denen die Geschichte des Anfangs der Krankheit darauf hindeutet, dass einst eine günstige Chance existierte, in denen aber in den früheren Stadien keine laryngoskopische Untersuchung angestellt und so viel kostbare Zeit mit nutzloser innerer Medikation, Luftveränderung und ähnlichen Massregeln vertrödelt wurde, dass, wenn der Patient endlich von einem Sachverständigen gesehen wird, derselbe findet, dass die Chance entweder vollständig verloren gegangen ist, oder dass nunmehr eine weit gefährlichere und verstümmelndere Operation erforderlich ist, als ursprünglich notwendig gewesen wäre. Hierzu kommt noch, dass die Wahrscheinlichkeit eines Recidivs nunmehr unendlich viel grösser ist, als sie es im Anfang der Krankheit war. Solche Fälle sind so traurig, und die Verantwortlichkeit derjenigen, welche die kleinen Anfänge vernachlässigen, ist eine so schwere, dass ich von neuem aufs ernstlichste für frühere Erkenntnis und Ergreifung der notwendigen energischen lokalen Eingriffe in geeigneten Fällen von Kehlkopfkrebs plädieren möchte.

Es ist wirklich an der Zeit, dass der ärztliche Stand den unglückseligen fatalistischen Glauben an die Unheilbarkeit des Krebses abschüttelt, der noch immer das Publikum gefangen hält und jeden gesunden Fortschritt in der Bekämpfung dieser Geissel des Menschengeschlechts lähmt! — Wie die Dinge gegenwärtig stehen, ist es keine Uebertreibung zu sagen, dass das Publikum sich gegen eine hoffnungsreichere Anschauung und gegen die überzeugendsten operativen Resultate positiv sträubt! — Erfolgt in einem operierten Falle unglücklicherweise ein Recidiv, so hört man sofort von allen Seiten: „Natürlich, Krebs kommt immer wieder". Bleibt aber der Patient trotz aller Unkenrufe und alles Abratens von der Operation, welche das gemeinsame Charakteristikum der „Freunde" der Patienten bilden, dauernd gesund, so hört man mit gleicher Häufigkeit: „Aber war es denn wirklich Krebs?", oder sogar — was jedenfalls das Verdienst hat, die Frage zur eigenen Befriedigung des Sprechers zu erledigen — die bestimmte Behauptung: „Es kann kein Krebs gewesen sein". Da dies die allgemeine Haltung ist, so behaupte ich, dass es die Pflicht der Aerzte ist, das Publikum zu einem besseren Verständnis zu erziehen; es zu belehren, dass nicht alle Formen des Krebses gleich bösartig sind; dass ein enormer Unterschied hinsichtlich der Chancen der Operation bei Krebsen in verschiedenen Teilen des Körpers besteht, und dass, wenn Krebse gewisser Teile frühzeitig genug, d. h. wenn das Uebel noch rein lokal ist, erkannt und dann sofort gründlich entfernt werden, die Aussichten für dauernde Heilung tatsächlich sehr günstig sind.

Falscher Uebereifer.

Aber indem ich somit warm für die Berechtigung der lokalen Behandlung eintrete, wo eine solche wirklich erforderlich ist, habe ich kein Wort der Verteidigung für die heutzutage, wie ich fürchte, weit verbreitete Anschauungsweise, der zufolge die oft genug rein zufällige Entdeckung der kleinsten Abweichung von der Normalen — oder von dem, was der Beobachter als eine Abweichung von der Normalen zu betrachten beliebt — genügt, um sofort wie ein Raubvogel auf ein solches Signal für einen lokalen Eingriff herabzuschiessen und die harmlose Anomalie mittels der einen oder anderen Operation zu bestrafen. Nicht jede kleine Crista oder Ekchondrose der Nasenscheidewand bedarf der Säge, des Meissels oder des Trepans*), nicht jede kleine Schwellung der Muschelschleimhaut des Galvanokauters oder der Schlinge. Keine sofortige Radikaloperation ist mit Notwendigkeit indiziert, wenn ein Tropfen Eiter im mittleren Nasengang gesehen wird, ebensowenig wie das Turbinotom jedes Mal in Verwendung zu kommen hat, wenn die hinteren Enden der unteren Muscheln etwas sukkulenter und runder erscheinen, als sie gewöhnlich gefunden werden. Nicht jedes kleine Bündel adenoiden Gewebes, das zufällig im Gewölbe des Nasenrachenraumes entdeckt wird, muss entfernt werden,

*) Diese Arbeit wurde geschrieben, ehe die genannten Operationsmethoden durch die submuköse Resektion des Septum verdrängt wurden.

noch erfordert jede Mandel die Tonsillotomie, welche um ein weniges die Gaumenbögen überragt. Nicht jede Granulation oder sichtbare Vene an der hinteren Rachenwand bedarf der Applikation des Galvanokauters, ebensowenig wie das Zäpfchen unausweichlich amputiert werden muss, weil es dem Manne, der es für seine Pflicht betrachtet „etwas zu tun", etwas länger erscheint, als er es zu sehen wünscht. Keine lange Serie von adstringierenden Applikationen ist gebieterisch indiziert, wenn die Stimmbänder eines Berufssängers leicht gerötet erscheinen, und nicht jedes Sängerknötchen erfordert operative Behandlung.

Ich weiss wohl genug, dass solche Anschauungen schnurstracks denjenigen Lehren zuwiderlaufen, denen zufolge jede Anomalie korrigiert werden muss, damit sie nicht schliesslich irgend welches Unheil anrichte. Aber während ich bereitwillig zugebe, dass Verhütung besser ist als Heilung, stehe ich nicht an es auszusprechen, dass man selbst in dem löblichen Bestreben, Unheil zu verhindern, zu weit gehen kann; dass das Leben ganz erträglich, ja sogar genussreich sein kann, auch wenn man eine kleine Leiste in der Nase oder ein paar Granulationen im Halse hat, und dass ich ehrlich glaube, dass lokale Kesselflickerei der eben beschriebenen Art ebensowenig im Interesse des Kranken, wie in dem des guten Namens unseres Standes liegt. Ich fürchte aber, dass dieselbe gegenwärtig in ausgedehntem Masse betrieben wird, da man nicht nur von allen Seiten über sie hört, sondern leider selbst nur zu viele Beispiele von ihr sieht. Lassen Sie mich Ihnen nur eine einzige Illustration geben, die sich ganz kürzlich in meiner eigenen Praxis zugetragen hat. Eine junge, seit kurzem verheiratete Dame, nervös, sehr erregbar und anämisch, klagte über Erstickungsgefühl im Halse und einem Trieb, „leer zu schlucken". Sie konsultierte einen Spezialisten, der nichts fand, was diese Sensationen erklärt hätte, dagegen im Rachengewölbe ein wenig adenoides Gewebe entdeckte, welches seiner Ansicht nach grösser war als es sein sollte. Bei der Untersuchung der Ohren glaubte er die Trommelfelle etwas eingezogen zu sehen. Auf Grund des Resultats dieser Untersuchung riet er der Dame, die adenoiden Vegetationen entfernen zu lassen, „da sie sonst in sechs Monaten auf beiden Ohren taub werden könnte." Und dabei war diese Dame niemals in ihrem Leben taub gewesen, in ihrer Familie herrschte keine Taubheit, und sie hatte niemals an Symptomen gelitten, die man auf die Existenz adenoider Vegetationen hätte zurückführen können! — Die Patientin war natürlich sehr alarmiert, und eine Konsultation wurde zwischen dem ersten Ratgeber und mir arrangiert. Ich sah nicht den geringsten Grund für irgend welche Operation, da ich nicht mehr adenoides Gewebe fand, als man in einer grossen Anzahl völlig gesunder Personen antrifft, und da das Hörvermögen der Dame absolut normal war. Der erste Ratgeber gestand selbst zur Zeit der Konsultation, dass an diesem Tage keine Retraktion der Trommelfelle vorhanden war. Da ich die Empfindungen, über welche geklagt wurde, als eine einfache Parästhesie, bedingt durch die Anämie

der Patientin, ansah, so kamen wir dahin überein, dass die Leidende, ehe eine Operation unternommen wurde, nach einem kontinentalen Badeorte gehen solle, um dort Eisenbäder zu nehmen und Eisenwasser zu trinken. Sie kehrte in vollster Gesundheit zurück. — Im Laufe der Konsultation fragte ich den ersten Ratgeber, nachdem beschlossen worden war, dass jedenfalls keine sofortige Operation vorgenommen werden sollte, privatim, ob er erwartet hätte, dass die Entfernung des adenoiden Gewebes die Patientin von den Sensationen befreien würde, die sie ursprünglich zu ihm geführt hätten. Er gestand zu, dass er nicht geglaubt habe, dies würde der Fall sein! — Hier, meine Herren, haben Sie also einen Fall, in dem eine Kranke Erleichterung für eine gewisse, bestimmte Beschwerde sucht. Nichts wird angeraten, um diese Beschwerde zu heben, dagegen wird eine Operation vorgeschlagen behufs der Vermeidung einer äusserst unwahrscheinlichen — um nicht zu sagen imaginären — Eventualität, und die Nerven der Patientin erleiden einen beträchtlichen Shock. — —

Wie weit ist Erwähnung möglicher Eventualitäten erlaubt und wünschenswert?

Ich möchte in diesem Zusammenhange zwei Bemerkungen machen, welche, obwohl sie vielleicht für einen Augenblick meinen Gedankengang unterbrechen, doch, m. E., in einem Vortrage dieser Art nicht übergangen werden dürfen. Die erste bezieht sich auf die Lektion, welche im Zusammenhang mit dem eben erzählten Fall zu beherzigen ist. Ich stehe als Folge dessen, was ich sehe und höre, unter dem bestimmten Eindruck, dass es mehr und mehr Mode wird, Kranke — vielleicht unabsichtlich — in Angst zu versetzen, indem man sie von allen denkbaren Möglichkeiten unterrichtet, die sich ereignen könnten, falls die Operation, auf die sich der Ratgeber verbissen hat, nicht ausgeführt würde. Nun bin ich der Ansicht, dass eine solche Information nur in sehr seltenen Fällen, nicht en gros, gegeben werden sollte, und dass der Ratgeber sorgfältig unterscheiden muss, wo sie angebracht ist, und wo nicht. Mir liegt es ganz fern, die Praxis durchgehends zu verurteilen. Oft genug ist es nicht nur das Recht, sondern die Pflicht des Arztes, den Patienten zu ermahnen, der Zukunft zu gedenken. Nehmen Sie z. B. den Fall eines Mannes in mittleren Jahren, der Sie wegen Heiserkeit konsultiert. Er behandelt die Sache als eine ganz triviale Beschwerde. Sie finden eine verdächtig aussehende Neubildung auf einem Stimmband; es ist aber ganz unmöglich, sofort mit Bestimmtheit zu entscheiden, ob sie bösartig ist, oder nicht. Sie sagen dem Patienten — selbstverständlich ohne etwas von Ihrem Verdacht zu erwähnen, — dass Sie ihn in ein paar Wochen wiedersehen müssen. Er nimmt hieran Anstand und scheint überhaupt zu glauben, Sie machten zu viel Wesens von der Sache. In einem solchen Falle nun, in dem alles davon abhängt, dass die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, halte ich es für Ihre

Pflicht, so diplomatisch wie Sie nur können, und stets mit Vermeidung des gefürchteten Wortes „Krebs“, ausser wenn Sie zu demselben getrieben werden, die Möglichkeit anzudeuten, dass eine ernstere Entwicklung nicht ausgeschlossen sei, und dass der Patient in seinem eigenen Interesse nicht seine Chance entschlüpfen lassen solle. Gewöhnlich ist die Handhabung dieser Fälle ungemein schwierig, und es ist ganz unmöglich eine allgemeine Regel für ihre Leitung aufzustellen. Die Eigenschaft, die der eine Patient als Freimut preisen und für die er Ihnen dankbar sein wird, wird von einem andern — und, noch wahrscheinlicher vielleicht, von seinen Freunden — als Brutalität verurteilt werden, und besonders wenn sich schliesslich Ihre Befürchtungen als ungerechtfertigt herausstellen sollten, werden Sie für alle Zeiten von der Familie und den Freunden dieses Patienten als ein „Alarmist“ verschrieen werden. Trotz alledem halte ich es für Ihre unzweifelhafte Pflicht, wenn Sie sehen, dass der Patient seine einzige Chance aus Unwissenheit möglicher Entwicklungen verlieren kann, ihn nicht dem auszusetzen. — Oder um Ihnen ein anderes Beispiel zu geben, das sich häufiger ereignet: Angenommen, eine Mutter bringt Ihnen ihr an stark entwickelten adenoiden Vegetationen leidendes Kind, mit einer Anamnese von mehr oder weniger permanenter Taubheit, die sich periodisch während jeder Erkältung verschlimmert, und zu solchen Zeiten von heftigen Ohrenschmerzen und purulentem Ausfluss aus den Ohren begleitet ist. Weiter angenommen, wie dies so häufig tatsächlich geschieht, dass die Mutter die Konsultation mit dem energischen Ausdruck ihrer Hoffnung beginnt, dass Sie keine Operation vorschlagen würden. Nun, in einem solchen Falle halte ich es einfach für Ihre Pflicht, wenn Sie die Gründe auseinandersetzen, aus denen trotz ihres Wunsches eine Operation vorgenommen werden sollte, dass Sie Nachdruck auf die grosse Gefahr dauernder und schwerer Beeinträchtigung des Gehörs des Kindes legen, falls nichts geschähe, um dies zu verhindern. Aber eine solche Warnung ist sicherlich grundverschieden davon, eine Patientin, die, wie in dem eben berichteten Falle, wegen eines ganz verschiedenen Leidens zu Ihnen kommt, die niemals an Symptomen, die auf adenoide Vegetationen zurückgeführt werden könnten, und besonders nie an Taubheit gelitten hat, und die seit langem das Alter passiert hat, in dem adenoide Vegetationen der allgemeinen Erfahrung zufolge ungünstige Einflüsse ausüben können, mit der Drohung von Taubheit ins Bockshorn zu jagen, wenn Sie zufällig eine unbedeutende Quantität von adenoidem Gewebe am Rachendach entdecken. Aehnlich scheint mir die Bedrohung mit Taubheit ganz unzulässig, wenn bei einem Kranken, der niemals in seinem Leben über seine Nase geklagt hat, gefunden wird, dass er in Folge einer trivialen Irregularität seines Nasengerüsts nicht ganz so gut durch die eine Nasenhälfte atmen kann, als durch die andere, und ebenso halte ich es für durchaus unangebracht, einen Patienten in einem gewöhnlichen Falle von Eiterung in den Siebbeinzellen mit der Drohung von Gehirnkomplikationen zu ängstigen,

In engem Zusammenhange mit dem eben besprochenen Punkt steht der zweite, auf den ich Ihre Aufmerksamkeit zu lenken wünsche. Lassen Sie mich Ihnen raten, Patienten nicht in Operationen, welche Sie zu empfehlen haben mögen, hineinzuhetzen, ausser wenn die zwingendsten Gründe für grosse Eile vorliegen. Dass gelegentlich Fälle vorkommen, welche keinen auch nur momentanen Aufschub dulden, will ich gewiss nicht bestreiten. Ich habe ein paar Male Patienten mit solcher Dyspnoe in meinem Konsultationszimmer gehabt, dass es äusserst fraglich war, ob die Tracheotomie nicht auf der Stelle vorgenommen werden sollte. Bei mehr als einer Gelegenheit habe ich bei einer ersten Visite retropharyngeale oder peritonsilläre Abscesse eröffnet, Fremdkörper aus den oberen Luftwegen oder aus dem Oesophagus entfernt, die Nase wegen unstillbarer Epistaxis tamponiert, die Kehlkopfschleimhaut bei akutem Oedem, das Erstickung drohte, skarifiziert und ähnliche dringliche Operationen vorgenommen. In solchen Fällen bedeutet Aufschub, wie ich nicht zu sagen brauche, Pflichtversäumnis. Und ferner, wenn die lokale Applikation so unbedeutenden Charakters ist, dass sie nicht den Namen einer Operation verdient, so sehe ich keinen Grund dagegen, sie sofort vorzunehmen, um dem Patienten eine unnötige Wiederholung seines Besuches zu ersparen. So dürfte wohl jedermann, wo dies erforderlich ist, den elektrischen Strom, oder den Galvanokauter, oder ein Adstringens schon bei Gelegenheit einer ersten Konsultation applizieren. Aber diese Fälle sind grundverschieden von denjenigen, in welchen übereifrige Operateure nicht nur unbedeutende Affektionen zu äusserst ernsten Krankheiten aufbauschen und Gründe für sofortige Operation entdecken, die anderen Beobachtern unerfindlich sind, sondern auch dem erschreckten Patienten keine Zeit zur Ueberlegung lassen und die Operation entweder auf der Stelle oder innerhalb weniger Stunden nach der ersten Konsultation in ihrer Privatklinik vornehmen. Mehrere wohlbeglaubigte Beispiele dieser beklagenswerten Praxis sind zu meiner eigenen Kenntnis gekommen.

Adenoide Vegetationen.

Ich habe die Besprechung der Lokalbehandlung einer Affektion bis zum Ende dieser Abteilung meiner Aufgabe verspart, welche vor nur wenigen Jahren von allen möglichen Gesichtspunkten aus so erschöpfend behandelt zu sein schien, dass nichts mehr über sie zu sagen war, die aber ganz kürzlich in eine so sonderbare Phase ihrer Entwicklung eingetreten ist, dass es dringlich notwendig wird, von neuem ausführlicher auf sie einzugehen. Ich spreche von den adenoiden Vegetationen im Rachengewölbe. Die Geschichte dieser Affektion in England ist eine sehr merkwürdige und illustriert vortrefflich die in der Einleitung dieses Vortrags erwähnten Wechselfälle der medizinischen Mode.

Obwohl Wilhelm Meyer's Arbeit über dieses Thema bereits im Jahre 1870 vor der Royal Medical and Chirurgical Society verlesen wurde, so ist es keine Uebertreibung zu sagen, dass der Gegenstand bis

etwa zum Jahre 1880 dem englischen ärztlichen Stande im Allgemeinen so gut wie unbekannt war. Ich erinnere mich lebhaft, dass ich im Jahre 1881 die Entfernung von adenoiden Vegetationen im Falle der Tochter eines persönlichen Freundes von mir anriet, und dass der Vater so bestürzt über den Vorschlag zu einer so unerhörten Operation war, dass er vor seiner Zustimmung eine Konsultation mit einem derzeit führenden Internisten wünschte. Ich willigte natürlich ein, und die Konsultation begann mit der Frage meines Konsultanten: „Sagen Sie'mal, Semon, was sind denn das für Dinger?“ Das war im Jahre 1881! — Mehrere Jahre nach diesem Datum verblieb die Operation praktisch in den Händen einiger weniger Spezialisten, und während dieser Zeit hörte man nicht selten spöttische Bemerkungen darüber, dass die Spezialisten eine neue Krankheit erfunden hätten.

Aber die wohltätigen Resultate der Operation in wirklich geeigneten Fällen waren zu augenfällig um totgeschwiegen oder durch Verhöhnung aus der Welt geschafft zu werden. Sie erwarb sich langsam das Bürgerrecht in den allgemeinen Krankenhäusern, und ihre ursprünglich ziemlich rohe Technik wurde durch die Erfindung der Gottstein'schen Curette und durch die Benutzung der Narkose bei ihrer Vornahme bedeutend verbessert. Die anfänglichen Lästerer verstummten nicht nur, sondern nicht wenige von ihnen wurden zu enthusiastischen Bekehrten, und etwa um 1890 herum wurde die noch kurz vorher verachtete Operation die höchste Mode des Tages. Jedermann nahm sie vor, jedermann fungierte als Anästhetist, die ursprünglich beschränkten Indikationen wurden schnell ausgedehnt, besonders nachdem die „Reflexneurosen“ — von denen mehr weiterhin — zur Mode geworden waren, und schliesslich schien es wirklich, als ob jedes Kind einer Operation für adenoide Vegetationen bedürfe. „Sind Ihre Kinder schon „verarbeitet“ worden?“ so lautete — und lautet in manchen Kreisen auch heute noch — die elegante Frage, die eine ängstliche Mutter der anderen bei fashionablen Nachmittagstees vorzulegen pflegte. Wenn ein Kind sich ein bischen erkältete und ein paar Nächte schnarchte, so diagnostizierte die Mutter oder die Gouvernante selbst Adenoide, resp., wie sie dieselben mit Vorliebe zu nennen pflegen: „Aneroide“. Wenn ein Junge ein schlechtes Zeugnis von der Schule nach Hause brachte, so mussten adenoide Vegetationen die Schuld tragen; wenn ein Kind an Asthma, Stammeln, Enuresis nocturna, Epilepsie, Kehlkopfpapillomen und allen möglichen andern Dingen litt — hiess es wieder: Adenoide! Kurzum: „Wenn in Zweifel, sage Adenoide,“ schien ein Grundsatz zeitgenössischer Pädiatrie zu werden! —

Aber die schwer gewonnene Popularität sollte nicht lange unangefochten bleiben. Es war etwa im Jahre 1891 oder 1892, dass mir zum ersten Male die Frage, die jetzt einen der „eisernen Bestandteile“ aller dieser Konsultationen bildet, von einer ängstlichen Mutter vorgelegt wurde, der ich geraten hatte, die adenoiden Vegetationen ihres Kindes entfernen zu lassen: „Aber wachsen sie nicht immer wieder?“ — Ich erinnere mich

wohl, wie überrascht ich über diese Idee war, die ich derzeit für äusserst sonderbar hielt. Allmählich aber belehrten mich die immer zunehmende Häufigkeit der Frage und die Tatsache, dass einem mehr und mehr Kinder zugeführt wurden, deren Nasenrachenräume, obwohl sie erst kürzlich operiert worden waren, so vollgepfropft mit Adenoiden waren, als ob niemals etwas vorgenommen worden wäre, dass nunmehr Recidive mit einer in früheren Tagen unerhörten Häufigkeit vorkamen, und dass die auf dieses Vorkommnis bezüglichen Fragen der Eltern weit berechtigter waren, als anfänglich geschienen hatte. Bald darauf verbreiteten sich unheimliche Gerüchte über tödliche Resultate, welche in verschiedenen Fällen der Operation gefolgt waren. Dieselben fanden zunächst wenig Glauben; als aber im Jahre 1896 eine Stastitik veröffentlicht wurde, welche zeigte, dass zwischen dem Beginn des Jahres 1893 und dem Monat April 1895, d. h. in $2^1/_4$ Jahren, nicht weniger als elf Todesfälle in England allein berichtet worden waren, die sich bei Operationen für vergrösserte Rachen- und Gaumenmandeln unter Chloroform ereignet hatten, entstand ein allgemeiner Alarm. Vielfach wurde Chloroform als Anaestheticum bei diesen Operationen als gefährlich betrachtet. Narcotica von kürzerer Dauer, wie Aether und Stickstoffoxydul, wurden in Anwendung gezogen, und nunmehr wurde es als Ziel des Ehrgeizes betrachtet, die Operation in so kurzer Zeit wie möglich zu vollziehen. Man prahlte damit, dass sie in 45 Sekunden vorgenommen werden könnte, und noch im Jahre 1899 erwähnte ein Narcotiseur von Beruf in einer Diskussion über die Wahl eines Anaestheticums der Operationen für adenoide Vegetationen, welche ein „paar Sekunden" oder vielleicht „eine halbe Minute" für ihre Vornahme brauchten. So vereinigte sich allmählich alles, um das Prestige der Operation zu schädigen: Massenoperationen in Fällen, in denen sie, höflich ausgedrückt, nicht notwendig waren; falsche, oder zum wenigsten äusserst hypothetische Indikationen; technisch ungenügende Ausführung; die Furcht vor Chloroform als Anaestheticum bei ihrer Vornahme, und ein weitverbreiteter Ruf für Recidive. Das natürliche Resultat von allem war bittere Enttäuschung auf Seiten vieler Eltern, die nur widerstrebend ihre Einwilligung zu der Operation auf Grund enthusiastischer Versprechungen gegeben hatten, denen zufolge Verbesserung des Allgemeinbefindens und Verschwinden aller möglicher unangenehmer Symptome in entfernten Teilen des Körpers des Kindes mit Sicherheit der Vornahme der Operation folgen sollte, während sie keine dieser Versprechungen verwirklicht sahen. Ein kürzlich von einer Dame in einer Monatsschrift veröffentlichter Aufsatz beschreibt deutlich genug, was in grossen Laienkreisen über die ganze Frage gefühlt wird.

Aber schon vor seinem Erscheinen war die unausbleibliche Reaktion in ärztlichen Kreisen selbst erfolgt. Mr. Arbuthnot Lane ergriff die Waffen gegen den bethlehemitischen Kindermord in zwei, in den Jahren 1896 und 1899 veröffentlichten Arbeiten. In der ersten erklärte er, dass operative Massnahmen seiner Ansicht und Erfahrung nach „ganz unnötig"

seien, und dass „systematische Ventilation der Lungen und des Nasenrachenraums uns ein Mittel an die Hand gäben, nicht allein auf letzteren eine solche Kraft anzuwenden, wie sie von der Luft ausgeübt wird, wenn dieselbe gewaltsam durch ihn gesaugt wird, sondern auch das Blut sauerstoffreicher zu machen und die Kohlensäure gründlicher zu entfernen u. s. w." Alle diese wünschenswerten Resultate sollten durch systematische „Atemübungen" zu erzielen sein. Bei ärmeren Leuten brauche den Eltern nur ein gedruckter Zettel mit folgender einfacher Anweisung gegeben zu werden: „Lege das Kind dreimal täglich, jedesmal für eine halbe Stunde, auf seinen Rücken, und lasse es mit geschlossenem Munde so tief als möglich durch die Nase ein- und ausatmen." — Die zweite Arbeit brachte bedeutsame Modifikationen dieser schrankenlosen Behauptungen. Wenn der Autor im Jahre 1896 erklärt hatte, dass operative Massnahmen „ganz unnötig" seien, und dass „zum Unglück für die Patienten die Chirurgen unter dem Einfluss Wilhelm Meyer's des Glaubens gewesen wären, dass die sekundäre Infektion der sogenannten Rachenmandel die primäre Ursache der Obstruktion des Nasenrachenraums sei, und dass sie gehofft hätten, die Patienten dadurch zu heilen, dass sie einen verschieden grossen Teil des Gewebes wegschnitten", so war er im Jahre 1899 freundlich genug, zuzugeben, dass schliesslich doch „ein sehr kleiner Bruchteil" von Fällen existiere, in dem Operation erforderlich sei, um „eine Passage zu etablieren" oder um „die Dauer der Behandlung zu teleskopieren". Er sagt zum Schlusse: Die einzigen Umstände, unter denen, so weit ich es verstehen kann, der Chirurg berechtigt ist, der Rachenmandel operativ zu Leibe zu gehen, sind: 1. Wenn der Zustand so beharrlich vernachlässigt worden ist, dass das Kind keine Luft durch den Nasenrachenraum zu treiben vermag, und wenn die Entwicklung lange stillgestanden hat, bis die vergrösserte Rachentonsille gründlich entfernt worden ist*); 2. wenn aus einem oder dem anderen Grunde wie z. B. wenn beträchtliche Schwierigkeit vorhanden ist, Luft durch die Nase zu pressen, wenn Ohrenleiden vorhanden sind, wichtige Schul- oder andere Arrangements, besondere Umstände etc. es notwendig machen, die Dauer der Behandlung zu „teleskopieren" **), und 3. wenn das Kind zu jung ist, um das zu tun, wozu es angewiesen wird.

Meiner Meinung nach ist es sehr bedauerlich, dass Mr. Arbuthnot Lane nicht schon in seiner ersten Arbeit die Indikationen angegeben hat, welche er in seiner zweiten zulässt, und welche „den Chirurgen berechtigen, die Dauer der Behandlung zu teleskopieren". Hätte er dies getan, so bin ich sicher, dass es sich gezeigt haben würde, dass abgesehen von seinen völlig unbewiesenen theoretischen Ideen über die Genesis der

---

*) Der Satz ist wörtlich übersetzt: seine Konstruktion und seine genauer Sinn sind mir nicht klar, wie es denn überhaupt sehr schwierig ist, dem absonderlichen Gedankengange und der eigentümlichen Ausdrucksweise Mr. Lane's zu folgen.

**) Dieser im Englischen ganz ungewöhnliche Ausdruck wird wohl von Mr. Lane als gleichbedeutend mit dem Worte „abkürzen" gebraucht.

adenoiden Vegetationen die Differenz, die ihn von der gemässigten Sektion seiner chirurgischen Kollegen trennt, keine prinzipielle, sondern nur eine graduelle ist. Denn auch diese gemässigte Sektion empfiehlt operatives Vorgehen nur in solchen Fällen wie denjenigen, die er in den Schlusssätzen seiner zweiten Arbeit als legitim anerkennt, und tatsächlich ist der einzig wirkliche Streitpunkt zwischen ihr und ihm der, dass die Fälle, in denen die Operation vorgenommen werden sollte, seiner Erfahrung nach „nur einen sehr kleinen Bruchteil" der Totalzahl bilden, während die gemässigte Sektion findet, dass gerade die von ihm aufgezählten Umstände: langdauernde Vernachlässigung, sehr beträchtliche Obstruktion, mangelhafte Entwicklung, Ohrenleiden, wichtige Schul- oder andere Arrangements „besondere Umstände", jugendliches Alter der Patienten — mit weit grösserer Häufigkeit angetroffen werden, als „in einem nur sehr kleinen Bruchteil" der Fälle.

Inzwischen aber war die radikale Verurteilung der Operation in seiner ersten Arbeit, und besonders die Empfehlung der „Atemübungen", auf günstigen Boden gefallen. Die sogenannte „Gesellschaft", die stets nach neuen Sensationen schmachtet, liebt es ihre medizinischen Moden ebenso schnell zu ändern, wie irgend welche anderen. Gestern war es der Knocheneinrenker, der wunderbare Stimmenfabrikant, eine neue Diätmethode, hygienische Unterwäsche einer besonderen Art, Antipyrin, Massage, Thyroidtabletten, Antifett et hoc genus omne, über welche London in Ekstase geriet; heute ist es ein neues medizinisches Genie — „ein wahrhafter Wundermann, meine Liebste" —, das soeben von einem Leitstern der Gesellschaft oder von einer Primadonna entdeckt worden ist; die Kneipp-Kur, oder ihr entarteter Sprössling: die Sandalenverrücktheit*), Christliche Wissenschaft, Rheumatismusringe**), eine neue Marke Moselwein, elektrische Lichtbäder, von denen jedermann spricht. Was es morgen sein wird, weiss niemand; es ist für die Schwärmereien der Gesellschaft charakteristisch, dass sie fast stets nur ein Eintagsdasein führen. So auch mit der adenoiden Manie. Die Frage: „Sind Ihre Kinder schon verarbeitet worden?" klang wirklich schliesslich etwas abgedroschen; man sehnte sich nach neuen Fluren und frischen Feldern; die Schwierigkeit war nur, etwas ganz Originelles zu finden, das die abgelebte Mode passend ersetzen könnte. Endlich kam die Erlösung — „Atemübungen"! — „Dank sei Dir für das Wort" muss der Gedanke manch' eines Professors der Schönheitspflege, Massage, Gymnastik und Korpulenzheilers gewesen sein, der mit einer feinen Witterung für's Geschäft begabt, sofort merkte, dass sich hier ein neues und vielversprechendes Feld für seine Tätigkeit eröffnete. Gesagt getan: Etablissements für „Atemübungen" wurden eröffnet, das Publikum lief ihnen in tausenden zu, ein riesiges Geschäft

---

*) Zur Zeit, als diese Vorträge gehalten wurden, zwang eine nicht geringe Anzahl hysterischer Mütter in England ihre armen Kinder, zu jeder Jahreszeit und bei Wind und Wetter strumpflos auf Ledersandalen herumzulaufen!

**) Noch heute sieht man eine beträchtliche Anzahl gebildeter Leute Bleiringe tragen, die ihrem Glauben nach rheumatische Beschwerden abhalten sollen!

entwickelte sich und dauert bis zur Stunde an, und Massen von Kindern, die sonst von den bösen Aerzten operiert worden wären, werden jetzt, wenn die Berichte wahr sind, durch ein so einfaches Mittel, wie Atemübungen, geheilt oder wenigstens gebessert.

Aber werden sie es? —

Nun, meine Herren, ich mag ein unverbesserlicher Skeptiker sein, aber ich zögere nicht Ihnen zu sagen, dass ich trotz aller gegenteiligen Berichte nicht einen Augenblick glaube, dass ein einziges Kind, das an ausgeprägten adenoiden Vegetationen leidet, je durch Atemübungen geheilt worden ist oder geheilt werden wird. Ich wünsche nicht unhöflich gegen Mr. Arbuthnot Lane zu sein, aber ich kann nicht umhin, offen auszusprechen, dass mir die ganze Idee einfach widersinnig zu sein scheint. Ob die Vergrösserung der Rachenmandel eine sekundäre Folge von „Infektion von Nasenschleimhaut" darstellt oder nicht, so kann jedenfalls kein Zweifel darüber walten, dass sie in stark entwickelten Fällen den Luftweg versperrt und dadurch aufs tatsächlichste jene Ventilation der Lungen verhindert, welche nach Mr. Lane selbst — und, wie ich hinzufügen möchte, nach jedem verständigen Beobachter vor ihm, der auf diesem Felde gearbeitet — von so grosser Wichtigkeit ist. Logisch folgt hieraus, dass die Obstruktion, sei sie primär oder sekundär, aus dem Wege geschafft werden muss, als die erste Massregel, die es dem Patienten ermöglicht, frei zu atmen und seine Lungen zu ventilieren. Dies haben die Chirurgen bisher getan — und werden unzweifelhaft fortfahren zu tun —, indem sie „die Dauer der Behandlung teleskopiert", oder mit anderen Worten die Obstruktion in der schnellsten und gründlichsten Weise, d. h. mittels einer Operation, beseitigt haben, genau so wie sie es unter analogen Umständen in irgend einem anderen Teil des Körpers tun würden. Mr. Lane zufolge aber ist dies, mit sehr wenigen Ausnahmen, „unnötig, mangelhaft und unwissenschaftlich", da es nur eine Wirkung, nicht aber die primäre Infektionsquelle, beseitigt. Angesichts der vielen tausende von Fällen, welche über jeden Zweifel hinaus durch die unnötige, unvollständige und unwissenschaftliche Behandlung geheilt worden sind, welche Mr. Lane verurteilt — und erinnern Sie sich, bitte, durch diese Behandlung allein! — gehört sicherlich einiger Mut dazu, eine solche Behauptung aufzustellen. So „unwissenschaftlich" seine Gegner auch sein mögen, so haben sie doch jedenfalls die Tatsachen auf ihrer Seite. Und wenn es „unwissenschaftlich" genannt werden sollte, gerade herauszusagen, dass der Grundgedanke seiner eigenen Behandlung ein absolutes Rätsel darstellt, so muss ich selbst mich gegenüber dieser sanften Anklage schuldig bekennen. Wie man je erwarten kann, dass eine echte Hypertrophie von Lymphgewebe durch „Atemübungen" vertrieben werden soll, geht ganz über mein Verständnis hinaus. Soll dies dadurch geschehen, dass Luft gewaltsam über die Gewebe getrieben wird? — Wenn das möglich wäre, will Mr. Lane erklären, wie es kommt, dass in so vielen Fällen von stark entwickelten adenoiden Vegetationen gleich-

zeitig stark vergrösserte Gaumenmandeln angetroffen werden? — Mir will es scheinen, dass, wenn gewaltsame Atmung lymphoides Gewebe in denjenigen Fällen zum Verschwinden bringen könnte, in denen die Nasenatmung auf ein Minimum reduziert ist, und in denen die Patienten somit gezwungen sind, nicht für eine halbe Stunde dreimal täglich, sondern Tag und Nacht viele Monate oder selbst Jahre gewaltsam durch den Mund zu atmen, die Wirkung der gewaltsamen Passage der Luft sich sicherlich in Gestalt des Verschwindens der vergrösserten Gaumenmandeln manifestieren sollte, deren Struktur derjenigen der Rachenmandel so äusserst ähnlich ist. Zum Unglück für Mr. Lane's Theorie aber verschwinden dieselben nicht, im Gegenteil: sie florieren! — Aus welchen Gründen soll man also eine wohltätige Wirkung der „Atemübungen" in Fällen echter Drüsenhypertrophie erwarten? — Sollen sie Wunder tun, indem sie den Nasenrachenraum „kräftigen"; oder glaubt man, dass eine halbstündige „Sauerstoffzufuhr" zum Blut dreimal innerhalb 24 Stunden die Konstitution in so mirakelhafter Weise verändern wird, dass die tatsächliche Verstopfung der Luftwege verschwindet? Ich kann keine anderen Argumente in der Lane'schen Arbeit entdecken, und ich hoffe, er wird nicht allzu ärgerlich mit mir sein, wenn ich grade heraus sage, dass seine „Atemübungen" mir einfach im Lichte einer wissenschaftlichen Glorifizierung des obsoleten Ratschlages erscheinen, dessen in der Einleitung zu diesem Vortrage gedacht und der vor Wilhelm Meyer's segensreicher Entdeckung den unglücklichen Leidenden so reichlich verabfolgt wurde: „Mache deinen Mund zu! — Schliesse deinen Mund!" —

Nicht, dass ich Atemübungen an ihrer richtigen Stelle gering schätzte. Im Gegenteil, lange Jahre ehe Mr. Lane seine Ideen öffentlich aussprach, ist es meine Gepflogenheit — und wohl auch die der meisten Operateure — gewesen, den Müttern zu sagen, dass sie nach der Entfernung der Obstruktion darauf bestehen müssten, dass das Kind lerne, durch den natürlichen Luftweg, nämlich durch die Nase, zu atmen; und dass, wenn blosse Ermahnung nicht hinreiche, die durch monate- und jahrelange Unmöglichkeit durch die Nase zu atmen herangezogene Gewohnheit der Mundatmung zu beseitigen, sie zeitweise einen einfachen Apparat in Anwendung ziehen müssten, welcher den Mund des Kindes bedeckt, und es zwingt, durch die Nase zu atmen. Ein Apparat dieser Art wurde vor vielen, vielen Jahren von Prof. Guye in Amsterdam unter dem Namen „Contrarespirator" empfohlen. Derselbe antizipiert einfach Mr. Lane's Grundgedanken, und seine einzige Differenz von derselben ist meiner bescheidenen Ansicht nach die, dass er die „Atemübungen" an richtiger Stelle einführt, während Mr. Lane, wenn er mir vergeben will, dass ich dies sage, die Karre vor das Pferd zu spannen scheint.

Nun wird mir hier wahrscheinlich entgegengehalten werden, dass alle meine theoretischen Einwendungen wenig wert seien, angesichts der

Tatsache, dass die Patienten durch die Atemübungen geheilt würden. Aber ich wiederhole: ist das eine Tatsache? Ich glaube es nicht. Gewiss will ich nicht den ehrlichen Glauben derjenigen anzweifeln, welche meinen, dass sie Heilungen gesehen haben, aber ich bin überzeugt, dass in solchen Fällen vorübergehende Kongestion des lymphoiden Gewebes im Pharynxgewölbe irrtümlich für eine wahrhafte Hypertrophie gehalten worden ist. In solchen Fällen kann ich mir leicht genug vorstellen, was sich ereignet hat. Das sehr gefässreiche lymphoide Gewebe wird leicht zum Sitze katarrhalischer Entzündung, schwillt beträchtlich an, und mag temporär alle Symptome echter adenoider Vegetationen vortäuschen. Nun nehmen Sie einmal an, dass ein Kind während eines solchen Anfalls zu einem Arzt gebracht wird, weil die Mutter wünscht, dass er es sehen solle, „wenn es ihm am schlechtesten ginge“. Unter solchen Umständen kann eine oberflächliche Untersuchung leicht genug in dem Verdikt „Adenoide“ und in dem Rat „Operation“ resultieren. Die Mutter scheut sich vor einer Operation, und entschliesst sich, zuerst einen Versuch mit den „Atemübungen“ zu machen, von denen sie in letzter Zeit so viel gehört hat. Das Kind wird einem Kursus unterzogen, der wochen-, wenn nicht monatelang dauert, und alle Symptome verschwinden. Dass genau dasselbe Ergebniss erzielt worden wäre, wenn das Kind etwas in Acht genommen, aber sonst unbehandelt gelassen worden wäre, daran denkt natürlich die glückliche Mutter nicht einen Augenblick (und wie sollte sie auch?). Ueberschwängliches Lob wird auf die Atemübungen gehäuft, denen allein die Genesung zugeschrieben wird, und der Arzt erfährt schweren Tadel, weil er eine vollständig unnötige Operation empfohlen habe. Angesichts der Häufigkeit dieser entzündlichen Anfälle und der Schnelligkeit, mit der heutzutage der Rat einer operativen Entfernung der Rachenmandel gegeben wird, ist die Anzahl solcher Fälle aller Wahrscheinlichkeit nach sehr beträchtlich, und es ist leicht genug verständlich, dass dieselben einem durchaus ehrlichen Glauben an die Wirksamkeit von Atemübungen einen Anschein von Berechtigung gegeben haben. Aber Glaubensartikel sind keine Tatsachen, und wie wenig die wirklichen Tatsachen mit Mr. Lane's Lehren übereinstimmen, wird Ihnen der folgende Fall zeigen, der sich kürzlich in meiner eigenen Praxis zugetragen hat.

Ein kleines Mädchen hatte seit langer Zeit an hochgradiger Verstopfung des Nasenrachenraums, Mundatmung, klossiger Sprache, Schnarchen bei Nacht, beginnender Hühnerbrust, Neigung zu Erkältungen, Ohrenschmerzen, Anämie und schwächlichem Zustand des Allgemeinbefindens gelitten. Auf den Rat des Hausarztes wurde sie zu einem distinguierten Chirurgen bracht, welcher, wie der Hausarzt dies bereits vorher getan hatte, adenoide Vegetationen diagnostizierte und deren Entfernung anriet. Die Eltern, die prinzipiell gegen Operationen eingenommen waren, konsultierten eine andere Autorität, welche Atemübungen anriet. Das Kind wurde einer Lehrerin der schwedischen Heilgymnastik zugeführt,

welche, wie ich höre, eine Spezialität aus solchen Uebungen macht, und besuchte zwei Monate hindurch regelmässig einen ihrer Kurse. Während dieser Zeit schmeichelten sich die Eltern, dass eine erhebliche Verbesserung in den Symptomen zu bemerken sei, ein Glaube, den der Hausarzt nicht teilen konnte. Während die Kleine noch unter dieser Behandlung war, bekam sie eine Pneumonie und ging nahezu an derselben zu Grunde. Im akuten Stadium der Krankheit war die Atemnot so augenscheinlich durch die Unmöglichkeit durch die Nase zu atmen vergrössert, dass der Hausarzt darauf bestand, dass nach ihrer Rekonvaleszenz noch eine dritte Meinung eingeholt werden sollte. Ich wurde konsultiert und fand den Nasenrachenraum gepfropft voll mit adenoiden Vegetationen. Erinnern Sie sich, dies Kind war zwei Monate hindurch mit Atemübungen behandelt worden! Natürlich unterstützte ich warm den Rat des Hausarztes und des ersten Konsulenten. Endlich willigten die Eltern ein. Das Kind wurde von dem zuerst konsultierten Chirurgen operiert. Derselbe teilte mir später mit, dass er den Nasenrachenraum, wie ich dies gesagt hatte, gepfropft voll mit adenoiden Vegetationen gefunden habe, und fügte hinzu, dass er ganz kürzlich einen Brief vom Vater der Patientin erhalten habe mit warmem Dank für die wirkliche Verbesserung, die seit der Operation in dem Allgemeinbefinden und den lokalen Symptomen der Kleinen stattgefunden habe.

Es bedurfte nicht der von diesem Falle gegebenen Lehre, um mich von der Unhaltbarkeit der Lane'schen Doktrin zu überzeugen, doch ist derselbe wertvoll, weil er zeigt, dass praktische Erfahrung nicht weniger lebhaft als theoretische Erwägungen dagegen streiten, was ich, wie ich fürchte, als eine Uebertreibung in ultrakonservativem Sinne bezeichnen muss.

Aber wenn ich so Wilhelm Meyer's wohltätige Entdeckung gegen den Angriff eines vereinzelten Gegners in Schutz nehme, liegt mir wenigstens ebensoviel daran, sie vor der viel gefährlicheren Indiskretion ihrer unverständigen Freunde zu retten. Es steht bei mir nach dem, was ich persönlich sehe, absolut fest, dass zahlreiche unnötige Operationen verübt und noch dazu ungenügend vorgenommen werden, und wenn wir verhüten wollen, dass eine gute Operation in schlechten Ruf gerät, so scheint es mir notwendig, dass wir zu einem viel genaueren Uebereinkommen über die Bedingungen gelangen, unter denen operatives Eingreifen erfolgen und wie dasselbe ausgeführt werden soll, als dies gegenwärtig der Fall ist.

Ich möchte folgende Grundsätze als hilfreich festlegen:

Bezüglich der Indikationen für die Operation lassen sich die adenoiden Vegetationen passend in drei Gruppen einteilen, je nach dem sie a) dauernde, b) vorübergehende und periodische, c) keine Symptome erzeugen.

Die erste Gruppe, die „typischen Adenoiden", begreift die Fälle in sich, in denen Respirationshindernisse, offener Mund, Schnarchen, klossige

Sprache, Taubheit, entweder vereinigt oder wenigstens mehrere von ihnen permanent vorhanden sind, und in denen der veränderte Respirationstypus bereits zu den charakteristischen Deformitäten des Gesichts und des Thorax und zu verschlechtertem allgemeinen Gesundheitszustand geführt haben mag. Bei dieser Klasse — meiner Erfahrung nach einer sehr grossen — halte ich operatives Eingreifen für absolut indiziert, und ich empfehle dasselbe um so dringlicher, je weiter das Kind noch von der Pubertätsperiode entfernt ist, zu welcher oft genug, wenn auch durchaus nicht immer, eine spontane Atrophie der Geschwülste stattfindet. Denn selbst wenn niemals Komplikationen eintreten sollten, die bei diesen Fällen so häufig sind, wie z. B. entzündliche Ohraffektionen, oder die eine oder andere infektiöse Kinderkrankheit, so werden die blosse Veränderung des natürlichen Typus der Atmung und der mangelhafte Gasaustausch in den Lungen, wenn jahrelang ungemildert, ihre unauslöschbaren Spuren in der Physiognomie, der Erscheinung und der ganzen geistigen und körperlichen Entwicklung des Patienten hinterlassen. In Anbetracht der Tatsache, dass alle diese schweren Folgen der Obstruktion der Luft- und Gehörwege mittels einer so einfachen und verhältnismässig ungefährlichen Operation, wie es die Entfernung der vergrösserten Rachenmandel ist, verhütet werden können, halte ich es für die gebotene Pflicht des Arztes, in dieser Kategorie von Fällen auf Operation zu dringen. Sie ist es, die den wohlverdienten guten Ruf der Operation geschaffen hat, deren Resultat unter solchen Umständen stets sehr erfreulich und oft wahrhaft erstaunlich ist. In ausnahmsweisen Fällen gilt dies auch für die Entfernung von Adenoiden bei Erwachsenen, doch sind solche Fälle meiner Erfahrung nach äusserst selten.

Weit schwieriger ist die Operationsfrage in der zweiten Klasse, bei der freie Intervalle mit Perioden von Verstopfung der Nasenwege und Gehörstörungen oder Anfälle von Otalgie oder selbst von Otitis media abwechseln. Dies ist die vorher erwähnte Kategorie, bei der während der freien Intervalle nur eine sehr mässige oder selbst eine kaum bemerkbare organisierte Hypertrophie des lymphoiden Gewebes vorhanden sein mag, bei der aber auf den geringsten Reiz so starke Kongestion und Volumszunahme erfolgt, dass zeitweise alle Symptome der ersten Klasse, d. h. der echten Adenoiden, täuschend nachgeahmt werden. Hier kann es wohl vorkommen, dass die Ansichten über die Rätlichkeit der Operation in einem und demselben Falle je nach der Periode, in welcher der kleine Patient zur Beobachtung kommt, diametral auseinandergehen. A. sieht ihn „zu seiner schlimmsten Zeit", einen Mundatmer, schnüffelnd, mit gaumiger Sprache, sehr taub, und mit einiger Otorrhöe, und rät dringend zur Operation. B. sieht ihn ein paar Wochen später, wenn der akute Anfall vorübergegangen ist und alle diese Symptome temporär verschwunden sind, und kann nicht begreifen, warum A. einen operativen Eingriff empfohlen haben sollte.

Hier möchte ich bemerken, dass ich fürchte, dass manche von uns infolge unserer grossen Vertrautheit mit der Affektion den oft genug sehr emphatischen Angaben der Eltern, Gouvernanten und Kindermädchen hinsichtlich der Periodizität der Erscheinungen ungenügende Beachtung schenken. Und doch ist dies ein sehr wichtiger Punkt. Grade bei dieser Klasse von Fällen kann auch der Erfahrenste Irrtümer begehen. Gesetzt, er rät dringend, dass die Operation als eine prophylaktische Massregel vorgenommen werden soll; gesetzt, dass sein Rat nicht befolgt wird und dass nichts Ernstes eintritt, so kann er sicher sein, dass die Eltern ihn als einen Alarmisten und fanatischen Operateur betrachten werden. Sollte das Kind inzwischen einen Kursus von „Atemübungen" durchgemacht haben, so sind diese es, welche den Ruhm für die Besserung davontragen. Gesetzt andererseits, dass er von dem Wunsche beseelt, dem Kind eine möglicherweise unnötige Operation zu ersparen, sein Votum gegen eine Operation oder jedenfalls für eine Vertagung derselben abgibt, und dass unglücklicherweise bald nachher akute Ohrkomplikationen auftreten, oder dass sich ein Abscess in einer Lymphdrüse des Halses bildet, oder dass eine Lungenaffektion erfolgt, zu welcher diese Patienten auffällig geneigt scheinen, so wird er ebenso hart getadelt, weil er sich nicht entschiedener zugunsten einer Operation ausgesprochen habe, mittels welcher alle diese bedauerlichen und bisweilen permanenten Folgen hätten vermieden werden können. Was ich Ihnen unter diesen Umständen empfehlen möchte — obwohl keine einzige Formel auf alle Fälle passt, und gelegentliche Irrtümer in der Beurteilung beinahe unvermeidlich sind — ist dieses: Wenn Ihnen ein Kind „zu seiner schlimmsten Zeit" gebracht wird, aber mit der bestimmten Angabe, dass diese Anfälle sehr selten erfolgten, dass sie nur kurze Zeit anhielten, und dass in den Zwischenzeiten das Kind sich vollkommener Gesundheit erfreue; wenn Sie einen mässigen Grad von weicher Schwellung im Rachengewölbe finden ohne Zeichen von organischer Erkrankung der Ohren; und wenn Sie im Ganzen den Eindruck gewinnen, dass das Kind weit mehr deshalb zu Ihnen gebracht sei, weil die Mutter ängstlich ist, als weil irgend welche wirklich dringliche Symptome vorlägen, so sprechen Sie den Wunsch aus, das Kind unter Verhältnissen wiederzusehen, die für dasselbe normale seien, und vertagen Sie die Entscheidung hinsichtlich einer Operation bis zu jener Zeit. Sind die Symptome schwererer Natur, besonders falls deutliche Taubheit, Ohrenfluss, Vergrösserung der Lymphdrüsen am Halse, eine tuberkulöse Familiengeschichte vorliegen, sprechen Sie sich zugunsten einer Operation als einer Verhütungsmassregel schwererer Ereignisse aus, welche unter den genannten Umständen berechtigtermassen zu erwarten seien. Wenn Sie selbst in Zweifel sind — wie es der erfahrenste Beobachter bei diesen auf der Grenze stehenden Fällen oft genug ist —, lassen Sie mich Ihnen empfehlen, den Eltern eine möglichst klare und nicht erschreckende Darstellung der tatsächlichen Verhältnisse und der verschiedenen Möglichkeiten der Entwicklung zu geben und ihnen

die Entscheidung zu überlassen. Ein solches Vorgehen wird Sie einerseits davor schützen, ein „Alarmist“ und „sehr für Operationen eingenommen“ genannt zu werden, und Sie andererseits vor der Anklage bewahren, den Fall „vernachlässigt“ zu haben.

Bezüglich der dritten Kategorie habe ich nur das zu wiederholen, was ich schon in einem früheren Teil dieses Vortrags gesagt habe, nämlich dass adenoide Vegetationen, die keine Symptome machen, meiner Ansicht nach keiner Entfernung bedürfen. Oft genug sieht man im Laufe einer methodischen Untersuchung der oberen Luftwege eine nicht unbeträchtliche Quantität von Lymphgewebe am hinteren Rachendache, das augenscheinlich niemals Schaden getan hat, gerade ebenso, wie man oft genug einigermassen vergrösserte Gaumenmandeln sieht, welche niemals die leiseste Störung veranlasst haben. Solche unschuldige Hypertrophien sollte man meiner Ueberzeugung nach sich selbst überlassen, besonders bei Erwachsenen, und alles, was der Untersucher dem Patienten sagen mag, um sich gegen die etwaige Unterstellung zu decken, dass er den Stand der Dinge „übersehen“ habe, ist, dass eine leichte Fülle der betreffenden Strukturen vorhanden sei, dass dieselbe aber, so lange sie keine Symptome verursache, keiner Operation bedürfe.

Dies sind die Ratschläge, welche ich bezüglich der Indikationen für die Operation zu geben habe. Sie werden wahrscheinlich überrascht sein, dass ich unter ihnen nicht mit einem einzigen Worte der sogenannten „Reflexneurosen“ gedacht habe, wegen derer sie so oft ausgeführt werden. Nun, meine Herren, Sie werden in meinem zweiten Vortrag hören, dass ich ein grosser Skeptiker mit Bezug auf die von den oberen Luftwegen ausgehenden Reflexneurosen im allgemeinen bin, und ich will sofort sagen, dass dies ganz besonders für die Reflexneurosen gilt, die von vergrösserten Rachenmandeln ausgelöst werden sollen. Es ist nicht meine Gepflogenheit, die Berichte anderer anzuzweifeln, einfach weil ich selbst keine analogen Erfahrungen gehabt habe, und ich habe Ihnen bereits mitgeteilt, wie dies meine Pflicht war, dass dunkle Affektionen der verschiedensten Art den adenoiden Vegetationen zur Last gelegt worden sind und durch deren Entfernung geheilt sein sollen. Persönlich aber muss ich sagen, dass ich niemals eine Adenoidoperation zu dem speziellen Zwecke ausgeführt habe, eine von diesen Reflexneurosen zu heilen, obwohl ich kaum zu bemerken brauche, dass im Laufe der letzten 20 Jahre zahlreiche Fälle dieser Art unter meine Beobachtung gekommen sind. In denjenigen dieser Fälle, in denen ich eine unbedeutende Quantität adenoiden Gewebes und keines der klassischen Symptome mit ihm vergesellschaftet fand, habe ich mich nicht zu dem Glauben aufschwingen können, dass Epilepsie, Enuresis und ähnliche Neurosen, die den Adenoiden zugeschrieben worden waren, in Wirklichkeit von denselben ausgingen, und ich habe mich daher nicht veranlasst gesehen, eine Operation anzuraten. Aber in solchen Fällen, in denen ausser den ihnen zur Last gelegten Reflexneurosen die Adenoiden wirkliche, greifbare Atmungs- und

Gehörstörungen verursachten — und ich habe auch eine beträchtliche Anzahl derartiger Fälle gesehen — habe ich operiert, jedoch stets, um Enttäuschungen vorzubeugen, nach einer nicht misszuverstehenden, den Eltern gegebenen Erklärung, dass ich die Operation ausschliesslich anriete, um die Obstruktion zu beseitigen, welche die Atmung, das Gehör und die allgemeine Entwicklung hindere, und dass ich kein Versprechen irgend welcher Art hinsichtlich der Heilung der Reflexneurose geben könne. Diese Vorsicht hat sich in meiner eigenen Praxis als durchaus gerechtfertigt ergeben, denn in nicht einem einzigen Falle habe ich je eine sogenannte Reflexneurose nach einer Adenoidoperation derart verschwinden gesehen, dass ich mit Recht von einem kausalen Zusammenhange zwischen beiden hätte sprechen können. Allerdings hörte ich in einigen wenigen Fällen lange nachher, dass Asthma, Enuresis, Epilepsie usw., an denen meine kleinen Patienten zur Zeit der Operation gelitten hatten, verschwunden oder jedenfalls gemindert seien; es ist aber wohl bekannt, dass diese Neurosen sich oft genug spontan bessern, und in allen meinen Fällen war das Intervall zwischen der Operation und dem Beginn der Besserung viel zu lang gewesen, um mich dazu zu berechtigen, letztere der Operation selbst oder ihrem Einflusse auf das Allgemeinbefinden zuzuschreiben. Andererseits weiss ich bestimmt, dass in nicht wenigen meiner eigenen Fälle trotz bedeutender Verbesserung des Allgemeinbefindens und vollständigen Verschwindens der direkt auf die Adenoiden zurückführbaren Symptome die Reflexneurosen mit unverminderter Intensität noch viele Jahre nachher weiterbestanden. Erst ganz kürzlich habe ich einen neunjährigen Knaben wiedergesehen, der mir vor 6 Jahren wegen äusserst störenden Speichelflusses zugesandt worden war, welcher durch eine vergrösserte Rachentonsille bedingt sein sollte. Allerdings war diese Vergrösserung vorhanden, und sie war so beträchtlich, dass sie ein ernstes Hemmnis für die Atmung und die allgemeine Entwicklung bedingte; warum sie aber Salivation verursachen sollte, war mehr, als ich verstehen konnte, ausser wenn ich meine Zuflucht zu künstlich hergeholten Theorien nehmen wollte. Ich riet aus den allgemeinen, eben erwähnten Gründen zu einer Operation und führte dieselbe auch aus, sagte aber der Mutter klar vorher, dass ich absolut nicht das Verschwinden des Speichelflusses versprechen könne. Als ich meinen kleinen Patienten vor ein paar Wochen wiedersah, hatte er sich zu einem famosen, kräftigen Jungen entwickelt, aber der Ptyalismus war noch in genau derselben unerfreulichen Stärke vorhanden, wie vor 6 Jahren. Aehnliche Dinge habe ich im Zusammenhange mit Asthma, Stammeln, Stottern, Bettnässen und Epilepsie gesehen. Erfahrungen solcher Art berechtigen mich, wie ich denke, Sie ernstlich davor zu warnen, allzu sanguin bezüglich des Zusammenhanges von adenoiden Vegetationen mit Reflexneurosen zu sein. Positiv eine Heilung der letzteren zu versprechen, wenn nur die Vegetationen entfernt würden, was, wie ich weiss, nur zu oft geschieht, halte ich für schlechthin unerlaubt.

Endlich lassen Sie mich Sie in diesem Zusammenhange dagegen warnen, wie dies andere schon vor mir getan haben, zu hastig Adenoide nur aus dem Gesichtsausdruck und aus nasaler Obstruktion zu diagnostizieren. Obwohl die „facies adenoidea“ in einem stark entwickelten Falle charakteristisch genug ist, so können Deformitäten der Nase selbst und des harten Gaumens, sowie Vergrösserung der hinteren Enden der unteren Muscheln die von adenoiden Vegetationen verursachten Symptome täuschend nachahmen, und es sollte daher eine ausnahmslose Regel sein, eine Operation nur auf Grund einer eingehenden Untersuchung zu empfehlen. Ich fürchte aber, dass diese Regel nicht immer befolgt wird. Was die Untersuchung selbst anbetrifft, so wird in vielen Fällen, besonders bei Erwachsenen und älteren Kindern, die hintere Rhinoskopie genügen, ohne dass man zu der unangenehmen Untersuchung mit dem Finger zu schreiten braucht. In allen Fällen aber, in denen der geringste Zweifel vorliegt, rate ich Ihnen lebhaft zur Digitalexploration, welche, wie ich nicht zögere zu behaupten, der blossen Inspektion weit überlegen ist, da sie viel verlässlichere Information über die Quantität der vorhandenen Gewächse gibt, als solche durch den rhinoskopischen Spiegel geliefert wird.

Soweit die Operation selbst in Frage kommt, möchte ich Ihnen nur einen Grundsatz einschärfen: Operieren Sie gründlich! — Ich habe nicht im mindesten den Wunsch, dogmatische Regeln über die Technik der Operation aufzustellen, obwohl ich persönlich auch über diesen Punkt sehr bestimmte Ansichten hege. Aber welcher Methode auch immer Sie sich bedienen mögen, meine Herren, operieren Sie gründlich, und vergessen Sie niemals, dass die Frage nicht die ist, ob sich das Kind 42 $^1/_2$ Sekunden oder 5 Minuten unter dem Einflusse des Anaestheticums befindet — vorausgesetzt, dass letzteres, wie es in diesen Fällen stets sein sollte, von einem kompetenten Narcotiseur dargereicht wird, — sondern ob ein Recidiv eintreten wird oder nicht! —

Nächst dem Ueberoperieren scheue ich mich nicht zu sagen, dass nichts dem Rufe der Operation so sehr geschadet hat, als die Häufigkeit der sogenannten „Recidive“, die im Laufe der letzten Jahre zur Beobachtung gekommen sind. Gewiss kommen gelegentlich echte Recidive auch nach den gründlichsten Operationen vor: jedoch sind solche Ereignisse meiner eigenen Erfahrung nach, wie nach der aller gründlichen Operateure, mit denen ich diese Frage besprochen habe, äusserst selten, und ich hege nicht den leisesten Zweifel, dass das, was gewöhnlich ein „Recidiv“ genannt wird, in der überwiegenden Majorität aller Fälle, nichts anderes ist, als eine „unvollständige Operation“! — Man muss solche Fälle kurz nach der Operation gesehen haben, um zu einem Urteil darüber befähigt zu sein, in welch' unglaublich nachlässiger Weise die Operation heutzutage nur zu oft ausgeführt wird, und wie der Schlachtruf „Recidiv“ entstanden ist. Ein bischen Gas, ein bischen Kratzen mit dem Fingernagel, und, siehe da, die „Operation“ ist vollendet, und die

Eltern werden in dem Glauben gelassen, dass alles geschehen sei, das getan werden könne! — Ein paar Monate — nein: ein paar Wochen — nach der „Operation“ sind die alten Symptome wieder da, die betrübten Eltern konsultieren jemand anderen und fragen, wenn sie hören, dass die Operation von neuem vorgenommen werden muss, in ihrer Verzweiflung: „Aber wachsen sie nicht immer wieder?“ —

Gegen diese Klasse von „Recidiven“ gibt es nur einen Schutz, aber er ist ein sehr wirksamer, nämlich: Gründlichkeit der Operation, und diese Gründlichkeit muss solange gepredigt werden, bis sie zum Gemeingut geworden ist. Ich brauche kaum zu sagen, dass diese Gründlichkeit nicht gleichbedeutend mit Gewalttätigkeit ist. Leider sieht man, während man häufig Fälle von ungenügender Operation antrifft, gelegentlich auch traurige Beispiele vom Gegenteil. Ich habe Fälle gesehen, in denen der Operateur dermassen vorgegangen war, dass sich Adhäsionen der schlimmsten Art im Nasenrachenraum, und zwischen dem weichen Gaumen, den Gaumenbögen und der hinteren Rachenwand gebildet hatten, so dass der Anblick tatsächlich demjenigen der Narbenbildung bei kongenitaler oder tertiärer Syphilis ähnelte, und in diesen Fällen war die Artikulation der Opfer dauernd schwer geschädigt worden. Das ist gewiss nicht die Art von Gründlichkeit, die ich empfehle. Aber die wünschenswerte Gründlichkeit, die mir vorschwebt, kann, soweit ich zu übersehen vermag, nur dadurch erreicht werden, dass der Operateur nicht durch die allzu kurze Dauer der Bewusstlosigkeit des Patienten ungehörig übereilt wird, und dass er nicht in der Furcht zu leben braucht, dass während der Operation selbst sich ein unangenehmer Zwischenfall ereignet.

Persönlich hege ich nicht den geringsten Zweifel, dass diese Bedingungen in idealster Weise erfüllt werden, wenn a) Chloroform als Anaestheticum in diesen Fällen benutzt wird, und wenn b) der Patient in Rückenlage mit wohl über dem Ende des Operationstisches zurückgebogenem Kopfe operiert wird. Wenn das Chloroform ruhig und langsam von einem kompetenten Narcotiseur dargereicht und niemals bis zur Aufhebung des Hustenreflexes getrieben wird, so führt es, nach meiner festen Ueberzeugung und Erfahrung, kein Element von Gefahr in die Operation ein, und gewährt dem Operateur Zeit, die Gewächse gründlich zu entfernen. Wenn die Rückenlage mit gut über den Tisch zurückgebogenem Kopfe gewählt wird, so liegt keine Gefahr vor, dass Blut oder ein loses Fragment der Vegetationen in den Kehlkopf oder in die tieferen Luftwege gelangt. Sind diese — meiner Meinung nach die wichtigsten — Vorbedingungen gesichert, so kann der Operateur in aller Ruhe die Geschwülste mit den Instrumenten seiner Wahl gründlich entfernen. (Persönlich brauche ich fast immer die beiden Modelle der Gottsteinschen Curette, die gebogene und die gerade, und Hartmann's seitlich schneidende Curette, während ich nur in exzeptionellen Fällen die Woakes'sche Modifikation der Loewenberg'schen Zange in Anwendung ziehe.) Die Operation sollte nicht als vollendet betrachtet

werden, bis sich nicht der Operateur mittels gründlicher Digitalexploration davon überzeugt hat, dass auch nicht die geringste Spur von lymphoidem Gewebe, welches die Schleimhautoberfläche überragt, zurückgelassen worden ist. Sollten die Gaumenmandeln gleichzeitig entfernt werden müssen, so operiere ich gewöhnlich die Rachenmandeln zuerst und die Gaumenmandeln nachher. Nur in dem Falle, dass letztere so enorm vergrössert sind, dass man keine Instrumente in den Nasenrachenraum einführen kann, ohne die Atmung zu behindern, entferne ich sie zuerst. Ich habe meine Methode als „wichtigtuerisch“ bezeichnen hören, aber sie ist gefahrlos, und sie hat sicherlich unendlich viel weniger Recidive im Gefolge, als die des blitzgeschwinden Operateurs. Keine Nachbehandlung irgend welcher Art ist erforderlich, ausser dass der Patient die ersten 24 Stunden im Bett, und 2—3 Tage länger zuhause bleibt, und dass er, falls eine Temperatursteigerung eintritt, am ersten Abend ein Abführmittel erhält. Ich warne ganz besonders vor „antiseptischen“ Einspritzungen in die Nase! — Ich habe dieselben schon seit vielen Jahren gänzlich aufgegeben und freue mich, mitteilen zu können, dass ich seitdem niemals eine akute Ohrenkomplikation gesehen habe.

Andere mögen andere Methoden vorziehen. Mir liegt es ganz fern zu behaupten, dass meine Methode die beste oder die einzige ist, mittels welcher Erfolg erzielt werden kann, aber nach langer und grosser Erfahrung kann ich wahrheitsgetreu versichern, dass sie alle verständigen Anforderungen erfüllt, und wenn Sie sich ihrer bedienen und nur geeignete Fälle zur Operation heranziehen, so dürfen Sie überzeugt sein, dass Sie den guten Ruf einer der segensreichsten Operationen der Neuzeit aufrecht erhalten werden.

Wenn ich zum Schlusse dieses Vortrags die in ihm gegebenen Ratschläge zusammenfassen sollte, so würde ich folgendes sagen:

In allen rein lokalen Affektionen der oberen Luftwege gibt es gewisse Fälle, in denen alle verständigen Leute darin übereinstimmen werden, dass lokale Behandlung erforderlich ist, und andere, in denen jedenfalls die gemässigte Fraktion einstimmig darüber sein wird, dass dies nicht der Fall ist. Zwischen diesen beiden Klassen liegt die sehr grosse mittlere Kategorie, bei der alles die Frage von „Gradunterschieden“ ist, und bei der die Meinungen legitimerweise darüber auseinander gehen mögen, ob lokale Behandlung einzuschlagen sei oder nicht. Ich bin weit entfernt davon zu behaupten, dass nicht gelegentlich Unheil dadurch angerichtet werden kann, dass man zu wenig tut, aber wenn ich die Meinungsströmung des gegenwärtigen Augenblicks unparteiisch zu beurteilen versuche, so stehe ich nicht an zu sagen, dass wir, wenn überhaupt, momentan in der entgegengesetzten Richtung fehlen, und ich kann den Ratschlag, der m. E. nach in diesen Zeitläuften gegeben werden sollte, nicht besser zusammenfassen, als indem ich Sie an Talleyrand's berühmte Instruktion an einen jungen Diplomaten erinnere, der zum ersten Male auf eine unabhängige und verantwortliche Mission geschickt wurde: „Toujours pas trôp de zèle!“

Vortrag II.

2. Lokale Manifestationen allgemeiner oder Systemkrankheiten.

Von den Systemerkrankungen, bei denen Hals- und Nasenkomplikationen vorkommen, welche Lokalbehandlung erfordern mögen, sind Tuberkulose, Syphilis und Affektionen des Centralnervensystems die wichtigsten. Allerdings gibt es noch viele andere Allgemeinerkrankungen, an denen sich die oberen Luftwege beteiligen können. So können Pharynx, Larynx und Nase bei Lupus und Lepra schwer ergriffen werden; Pharyngitis sicca mag ein sehr unangenehmes Symptom beim Diabetes sein; die granuläre Pharyngitis findet sich oft bei allgemeiner Anämie und Chlorose; Kehlkopfödem kommt bisweilen bei chronischer Nephritis zur Beobachtung; Ulceration und Perichondritis des Kehlkopfs tritt beim Abdominaltyphus und anderen akuten Infektionskrankheiten auf; die Influenza kann zu Empyem irgend einer der Nebenhöhlen der Nase, zu Kehlkopflähmungen, und zu vielen anderen Komplikationen von Seiten der oberen Luftwege führen; Gicht, Rheumatismus, Urticaria, Pemphigus, Actinomycosis und Variola mögen Nase, Rachen und Kehlkopf befallen; und diese Liste liesse sich leicht noch weiter ausdehnen. Aber die Hals- und Nasenkomplikationen bei vielen der eben genannten Leiden sind selten, und manche derselben erfordern, abgesehen von gelegentlichen Palliativen, überhaupt keine Lokalbehandlung, während sie in anderen Fällen, wie bei Kehlkopfstenose oder bei Antrumempyem, welche durch eine oder die andere der genannten Krankheiten veranlasst sein mögen, genau ebenso behandelt werden müssen, als sei die Affektion rein lokalen Ursprungs. Ich brauche daher auf sie nicht besonders einzugehen. Anders aber liegt die Sache bei den zur ersten Gruppe gehörigen Krankheiten. Hier hat uns die Erfahrung gewisse wertvolle Grundsätze gelehrt, die neben den speziellen Erfordernissen jedes einzelnen Falles, jederzeit im Auge behalten werden müssen, wenn sich die Frage der lokalen Behandlung der Hals- und Nasenkomplikationen erhebt.

Tuberkulose.

Dies gilt besonders für die Tuberkulose. Ich brauche nicht die Häufigkeit und Wichtigkeit ihrer laryngealen Komplikationen hervorzuheben, welche leider nur zu oft in dem Symptomenkomplex die vorwiegende Rolle spielen und dringendst der Linderung bedürfen. Ein an Kehlkopfschwindsucht leidender Patient, der infolge der Schwierigkeit und Schmerzen, welche den Schlingakt begleiten, weder essen noch trinken kann, wird natürlich schneller abwärts gehen, als er es sonst tun würde, weil er verhindert ist, die Quantität von Nahrung zu sich zu nehmen, welche gebieterisch erforderlich ist um den Fortschritt der allgemeinen Erkrankung zu bekämpfen. Einem solchen unglücklichen Menschen zu sagen, wie dies vor 20 Jahren ganz allgemein geschah, und wie es, fürchte ich, auch heute noch viel zu häufig geschieht: „Sorgen Sie für Ihr Allgemeinbefinden, und lassen Sie Ihren Kehlkopf

für sich selbst Sorge tragen“, — ist meiner Ansicht nach nichts besseres, als ein grausamer Hohn, wenn auch ein solcher selbstverständlich nicht beabsichtigt wird. Leider vergisst derjenige, der diesen billigen Rat gibt, vollständig, den Patienten darüber zu unterrichten, wie er für sein Allgemeinbefinden sorgen soll, wenn er nicht schlucken kann! — Hier ist es offenbar die Pflicht der ärztlichen Kunst einzuspringen und zu helfen, und die Frage ist die, ob diese Hülfe rein palliativer, oder wenn möglich, aktiv heilender Natur sein soll.

So einfach nun diese Frage scheint, so schwer ist sie zu beantworten, und nichts illustriert dasjenige, was ich in meinem ersten Vortrag über den oft wechselnden Charakter moderner therapeutischer Anschauungen gesagt habe, besser, als die verschiedenen Antworten, die ihr im Laufe der letzten zwanzig Jahre zuteil geworden sind.

Noch in verhältnismässig so neuer Zeit wie im Jahre 1881 sagte der verstorbene Professor Krishaber (Paris) in der Diskussion über die Pathologie der Kehlkopfschwindsucht auf dem Londoner Internationalen Medizinischen Kongresse als das Resultat seiner langen und grossen Erfahrung wörtlich: „Ich will nicht sagen, dass die tuberkulöse Laryngitis unheilbar ist. Ich halte nur aufrecht, dass die gebräuchlichen lokalen therapeutischen Massnahmen wirkungslos sind und dass sie mehr Schaden als Nutzen anrichten“. Obwohl die meisten anderen Redner bei jener Gelegenheit nicht eine ganz so trübe Haltung einnahmen, so war doch die allgemeine Meinung nichts weniger als hoffnungsfreudig bezüglich des Einflusses lokaler Massregeln auf die Kehlkopftuberkulose. Kurz darauf aber führte Prof. Krause (Berlin) die Milchsäurebehandlung ein, und diese wurde wiederum bald von ihrer Verbindung mit dem Curettement tuberkulöser Kehlkopfgeschwüre gefolgt. Der enthusiastischste Anwalt dieser Methode war Dr. Heryng (Warschau), der viele Jahre hindurch niemals müde wurde, ihre Vorzüge zu preisen und bei ärztlichen Zusammenkünften Patienten mit geheilter Kehlkopfschwindsucht und belehrende Präparate völlig vernarbter Kehlkopfgeschwüre von Patienten zu zeigen, die später den Verheerungen des Lungenleidens erlegen waren. Jetzt schwang das Pendel der öffentlichen Meinung nach der übertrieben hoffnungsvollen Seite. Massenhaft wurden „Heilungen“ von Kehlkopftuberkulose berichtet und immer energischere chirurgische Massregeln für ihre Behandlung empfohlen: tiefe Skarifizierung der geschwollenen Epiglottis und arytaeno-epiglottischen Falten, Entfernung erkrankter Giessbeckenknorpel, Thyreotomie und Curettement der ganzen Kehlkopfschleimhaut, ja selbst totale Kehlkopfexstirpation — alle fanden ihre enthusiastischen Fürsprecher.

Inmitten aller dieser immer radikaler werdenden chirurgischen Behandlung drohte die Einführung des Tuberkulins kurze Zeit hindurch, sie vollständig zu verdrängen. Kein besseres Feld für die Beobachtung der Wirkung der magischen Flüssigkeit konnte gewünscht werden, als der Kehlkopf. Wir alle spritzten und warteten in atemlosem Schweigen

auf die Heilung und Vernarbung der Kehlkopfgeschwüre. Aber leider, leider, waren unsere Hoffnungen zur Enttäuschung verurteilt; über die Tatsache hinaus, dass die Geschwüre sich etwas zu reinigen anfingen, wurde keine heilende Wirkung beobachtet, und nur wenige Monate nach der Einführung der Behandlung fügte der Mann, dessen achtzigsten Geburtstag die ganze medizinische Welt sich anschickt, in dieser Woche festlich zu begehen, mein verehrter, grosser Lehrer, Prof. Virchow, seinen zahllosen Verdiensten um unsere Wissenschaft noch das neue hinzu, dass er über jeden Zweifel hinaus die Gefahren der neuen Methode nachwies. Als Resultat seiner Demonstration wurde die Behandlung, ausser von wenigen getreuen Anhängern, ebenso plötzlich über Bord geworfen, als sie in Mode gekommen war, und wir alle kehrten dazu zurück, die lokalen Manifestationen der Krankheit durch lokale Mittel zu bekämpfen. Inzwischen aber hatte sich der Enthusiasmus in der einen oder anderen Weise abgekühlt, und im Laufe der letzten Jahre ist im Vergleich zu den vor zehn Jahren üblichen Lobpreisungen äusserst wenig über die lokale Behandlung der Kehlkopftuberkulose zu hören gewesen. Bei der neuesten Gelegenheit, wo diese Frage zur Verhandlung kam, nämlich bei der diesjährigen Versammlung der British Medical Association, berichteten viele Redner ihre Ansichten und Erfahrungen hinsichtlich der Indikationen, Formen und Resultate der lokalen Behandlung der Kehlkopftuberkulose, ohne dass neue Tatsachen zur Kenntnis gebracht wurden, und Dr. St. Clair Thomson behauptete, meiner Ansicht nach mit Recht, dass de facto kein Fortschritt innerhalb der letzten 6—7 Jahre gemacht sei, und dass die Frage sich in einem sehr unbefriedigenden Zustande befinde.

Die Ansichten, die ich mir aus persönlicher Erfahrung über die Frage der Lokalbehandlung bei der Kehlkopfschwindsucht gebildet habe, sind folgende:

An erster Stelle meine ich, dass wir, wenn die Aussichten einer solchen Behandlung erörtert werden, soweit nur irgend möglich den Gebrauch des Wortes „Heilung“ vermeiden sollten, da dasselbe in diesem Zusammenhange tatsächlich irreführend ist. Wir haben es mit lokalen Manifestationen einer Allgemeinerkrankung, nicht mit einem rein lokalen Prozess zu tun, und selbst wenn es uns gelingt, die bestimmten lokalen Zeichen, gegen welche unsere Bemühungen gerichtet sind, zum Stillstand zu bringen, so können wir leider unseren Patienten nicht versprechen, dass dieser Stillstand ein dauernder sein wird, oder dass nicht, selbst wenn die spezielle Stelle, an der wir tätig gewesen sind, dauernd frei bleiben sollte, ganz ähnliche Manifestationen, die ähnliche schmerzhafte Symptome bedingten, innerhalb ganz kurzer Zeit nach der Beendigung einer wirklich erfolgreichen Behandlung in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft ausbrechen mögen. Die Enttäuschung unter solchen Umständen ist stets eine grausame. Nichtsdestoweniger müssen wir, da es unsere erste Pflicht ist, Linderung zu verschaffen, wenn dies irgend möglich ist, und da jedenfalls leidliche Ansicht dafür vorhanden ist, dass das Resultat

von Dauer sein wird, natürlich die geeignete Lokalbehandlung in geeigneten Fällen in Anwendung ziehen; angesichts der eben erwähnten Unsicherheit jedoch wird es weise sein, und dürfte dem Kranken und seinen Freunden bittere Enttäuschung ersparen, wenn man nicht von einer „Heilung“, sondern von einer „Verbesserung“ spricht, von der man hoffe, dass sie mehr als vorübergehend sein würde, wenn dies auch nicht definitiv versprochen werden könne.

Zweitens ist vielleicht bei keiner Krankheit grössere Notwendigkeit vorhanden, zu individualisieren und jeden Fall nach seinen speziellen Erfordernissen zu behandeln, als bei der Kehlkopfschwindsucht. Das Vorhandensein dieser Komplikation einfach mit dem Gedanken zu identifizieren — was, wie ich fürchte, sehr häufig geschieht —, dass sie energisch mit Milchsäure und möglicherweise mit Curettement behandelt werden müsse, würde ein Irrtum sein, jenem ähnlich, dass die Diagnose auf Kehlkopfkrebs identisch mit der Idee sei, dass die Thyreotomie vorgenommen werden müsse. In beiden Fällen würde ein routinemässiges Vorgehen der Art schliesslich unausbleiblich dazu führen, dass wertvolle Methoden diskreditiert werden würden. Wenn man zu entscheiden hat, ob irgend eine Form von Lokalbehandlung, bzw. welche in einem Falle von Kehlkopftuberkulose in Anwendung zu ziehen sei, so muss alles: die Form, die Situation und die Ausdehnung der Lokalerscheinungen in sorgfältige Erwägung gezogen werden. So lange als blosse Infiltration mit unverletzter Oberfläche vorhanden ist, sei diese Infiltration pseudo-ödematöser oder indurativer Art, rate ich prinzipiell dringend dazu, die Teile in Ruhe zu lassen. Ich weiss sehr wohl, dass einige Autoritäten submuköse Injektionen von Guajakol, Kreosot, Hydrargyrum sesquichloratum usw. empfehlen, und dass andere die Entfernung der verdickten Teile mittels der Curette, der Zange oder der Schlinge, gefolgt von energischer Einreibung von Milchsäure anraten. Ich habe keine persönliche Erfahrung über die submukösen Injektionen. Was die genannten chirurgischen Prozeduren anbelangt, so gebe ich zu, dass in einigen Fällen die Dysphagie so bedeutend ist, dass man zu energischen Massregeln zu greifen haben mag. So wurde in einem meiner eigenen Fälle, in dem, soweit man urteilen konnte, die Epiglottis allein der Sitz einer kolossalen tuberkulösen Infiltration war, welche den Schlingakt praktisch unmöglich machte, während keine Zeichen von Lungenaffektion vorhanden waren, die ganze Epiglottis nach Vornahme der Pharyngotomia subhyoidea entfernt und zwar mit zeitweise sehr befriedigenden, leider aber nur vorübergehenden Resultaten. Ein Jahr nach der Operation zeigten sich beide Lungen ausgedehnt erkrankt, und im Stumpf der Epiglottis und in den anstossenden Teilen der Narbe war Ulceration aufgetreten. — Falls aber nicht die Dysphagie drastische Massregeln gebieterisch erfordert, so bin ich überzeugt, dass es in Fällen von Verdickung ohne Geschwürsbildung weit besser ist, nicht künstlich eine Verletzung der Oberfläche zu erzeugen, und ich glaube, dass die

Richtigkeit dieses Rates allmählich mehr und mehr allgemein anerkannt wird. Ist die Tumefaktion so bedeutend, dass sie schwere Verengerung des Kehlkopfs erzeugt, so mag die Tracheotomie unerlässlich werden, um Erstickung zu verhindern, und einige wenige Fälle sind berichtet worden, in welchen die durch diese Operation dem erkrankten Organ gewährleistete Ruhe einen tatsächlich heilenden Einfluss auf die Infiltration des Kehlkopfs ausgeübt zu haben scheint. Ein solches Resultat kann aber sicherlich nicht als regelmässige Folge erwartet werden, und im Ganzen wird es weit besser sein, die Operation nur für dringliche Fälle zu reservieren.

Sollte bereits Geschwürsbildung gegenwärtig sein, wenn der Patient zur Beobachtung kommt, so ist die Frage ihres Sitzes und ihrer Ausdehnung von entscheidender Bedeutung. Ist nur ein Geschwür oder sind nur einige wenige, nicht zu grosse und wohl umschriebene vorhanden, so sind die Aussichten, das lokale Uebel durch geeignete Lokalbehandlung zum Stillstand zu bringen, keineswegs schlecht, besonders wenn die Geschwüre an den Stimm- oder Taschenbändern oder im Interarytänoidraum sitzen. Geschwüre der Epiglottis, der Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln, der arytaeno-epiglottischen Falten oder im Cavum subglotticum sind nicht annähernd so leicht der Lokalbehandlung zugänglich. Ist die Ulceration eine nahezu allgemeine und von Caries und Nekrose des Knorpelgerüsts des Kehlkopfs oder grosser Abschnitte desselben begleitet, so sind die Chancen für ihre Heilung durch Lokalbehandlung äusserst gering.

Demgemäss wird die Lokalbehandlung unter diesen verschiedenen Umständen eine sehr verschiedene sein müssen. In Fällen der erstgenannten Kategorie liefert energische Milchsäurebehandlung, wenn erforderlich mit Auskratzung oder Entfernung der tuberkulösen Depots, bisweilen sehr erfreuliche Resultate. Ich blicke gegenwärtig auf eine allerdings nicht grosse, aber immerhin recht befriedigende Anzahl von eigenen in dieser Weise behandelten Fällen zurück, in denen dieses Vorgehen zu dauerndem Einhalt der Kehlkopfkomplikation geführt hat. Man darf sich sogar nicht entmutigen lassen, wenn entweder in der Narbe des kaum verheilten Geschwürs oder in ihrer Nachbarschaft frische Ulceration auftreten sollte. In einigen meiner Fälle führte Wiederholung der Behandlung, welche bisweilen sogar mehrere Male in längeren oder kürzeren Zwischenräumen von neuem aufgenommen werden musste, schliesslich zu dauernder Vernarbung und Freibleiben von Schmerz und Schlingbeschwerden. Es lässt sich aber meines Erachtens keine allgemeine Regel über solche Wiederholungen der Behandlung aufstellen, und ich kann nicht nachdrücklich genug betonen, dass in dieser grossen Gruppe jeder einzelne Fall je nach seinen individuellen Kennzeichen behandelt werden muss.

In den zur zweiten Kategorie gehörigen Fällen sind die technischen Schwierigkeiten viel grösser; die affizierten Teile weichen dem Druck von Instrumenten aus, und gewöhnlich sind die Resultate weniger befriedigend als die im eigentlichen Kehlkopfinneren erzielten. Dennoch

halte ich es, so lange noch vernünftige Aussicht dafür vorhanden ist, den Prozess zum Stillstand zu bringen, nicht nur für legitim, sondern für klar indiziert, dies zu versuchen, da gerade in diesen Fällen von beginnender Geschwürsbildung an der Epiglottis, der Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln oder den arytaeno-epiglottischen Falten, in denen der gleichzeitige Lungenprozess noch nicht weit vorgeschritten sein mag, die Aussichten der Kranken am bedenklichsten durch die von der Kehlkopfkomplikation abhängige Dysphagie beeinträchtigt werden. Sollten intralaryngeale Massregeln fehlschlagen und die Schlingbeschwerden exzessiv werden, oder sollte sich eine subglottische Ulceration auf die hintere Kehlkopfwand fortsetzen, so mögen äussere Operationen in Frage kommen. In einigen wenigen Fällen dieser Art hat die Thyreotomie, gefolgt von gründlicher Auskratzung der Geschwüre und von Einreibung von reiner Milchsäure in die Stellen ihres früheren Sitzes, befriedigende Resultate geliefert. In einem meiner eigenen so behandelten Fälle ist der Patient, wie ich mich freue mitteilen zu können, seit 4 Jahren völlig gesund geblieben*). Die äussere Wunde ist jedoch in diesen Fällen grosser Infektionsgefahr während der Operation ausgesetzt, und eine zweite ausgedehnte Operation mag notwendig werden, um die infizierten Gewebe zu entfernen. Dies ereignete sich in meinem eigenen und mehreren anderen der berichteten Fälle. Operationen dieser Art sollten daher nicht leichtfertig unternommen, sondern für ausnahmsweise Fälle reserviert werden. Sie mögen natürlich absolut notwendig werden, falls sich die Kehlkopftuberkulose, wie sie es bisweilen, wenn auch selten tut, in Gestalt eines deutlichen Tumors manifestiert, der nicht intralaryngeal operierbar ist.

In der dritten Kategorie, bei der die ganze, oder beinahe die ganze Kehlkopfschleimhaut eine einzige Masse von Geschwüren darstellt, und bei der noch dazu Anzeichen von Perichondritis und Chondritis, oder selbst von Caries, Nekrose, und Exfoliation eines oder mehrerer Kehlkopfknorpel angetroffen werden, sind zum Zwecke von Heilung unternommene lokale Massregeln meiner Erfahrung und meinem Glauben nach ganz ausser Frage. Wohl weiss ich, dass äusserst heroische Prozeduren bisweilen selbst in dieser Klasse von Fällen vollzogen werden: nekrotische Giessbeckenknorpel werden in toto mit ihrer geschwollenen und ulcerierten Schleimhautbedeckung entfernt, und reine Milchsäure oder sehr starke Lösungen dieses Mittels werden gewaltsam in den ganzen Kehlkopf eingerieben. Es ist mir nicht bekannt, dass solche Massregeln je eine wohltätige Wirkung ausgeübt haben, während sie die Heftigkeit des lokalen Prozesses steigern mögen. Jedenfalls vergrössern sie zeitweilig trotz vorhergehender Cocainisierung und nachfolgender Orthoformeinblasung die Leiden des Kranken. Einen tuberkulösen Kehlkopf deliberiert zu entfernen, betrachte ich als kaum zu rechtfertigen. Nur

*) Die Heilung dauert gegenwärtig, 1911, volle 13 Jahre an.

palliative Massregeln sind meiner Meinung nach in der grossen Mehrzahl dieser Klasse von Fällen lokal angebracht, und nichts hat mir so gute Dienste hinsichtlich der Stillung des Schmerzes und der Erleichterung des Schluckens geleistet, als Einblasungen von Orthoform. Seine Wirkung hält weit länger an als die des Cocains, Menthols oder Morphiums, und seine Dose braucht nicht schnell verstärkt zu werden, wie die dieser Mittel. Ebensowenig kommen je toxische Symptome zur Beobachtung. Man hat behauptet, dass es Gewebsnekrose produziere; ich habe niemals eine solche unerfreuliche Wirkung gesehen.

Drittens müssen in Fällen von Kehlkopftuberkulose stets der Allgemein- und der Lungenzustand des Kranken berücksichtigt werden, wenn man über die Frage der Lokalbehandlung entscheidet. Man darf nicht glauben, dass selbst mässig vorgeschrittene Lungenerkrankung oder längeres Fieber leichteren Grades notwendigerweise eine Lokalbehandlung des Kehlkopfs kontraindizieren. Ich habe oft genug selbst unter solchen Umständen günstige Allgemeinresultate davon gesehen, dass der Kehlkopfkomplikation Einhalt getan wurde. Wenn aber tatsächlich das letzte Stadium der Lungenschwindsucht mit starkem hektischem Fieber und grosser Kachexie eingetreten ist, oder wenn der tuberkulöse Prozess den miliaren Typus zeigt, so halte ich jede andere Lokalbehandlung des Kehlkopfs als eine solche palliativer Natur für durchaus kontraindiziert, und ich möchte ernstlich dagegen warnen, die Kehlkopfkomplikation unter solchen Umständen gewissermassen auf Kosten des Lungenleidens in den Vordergrund zu drängen.

Viertens und schliesslich ist es von grundlegender Wichtigkeit, dass, wenn einmal beschlossen worden ist, eine Lokalbehandlung in einem Falle von Kehlkopftuberkulose vorzunehmen, dieselbe auch wirksam ausgeführt wird. Eigentlich sollte das selbstverständlich sein, es ist es aber unglücklicherweise nicht, und ich glaube, es ist hier am Platze, ganz offen mit der Sprache herauszugehen.

Es ist mir aus persönlicher Erfahrung bekannt, dass oft genug, wenn eine energische Milchsäurebehandlung kombiniert mit Curettement empfohlen worden ist, dieser Rat nur teilweise, und das in einer so verzagten Weise befolgt wird, dass sein Erfolg tatsächlich ausbleiben muss. Der Grundgedanke der Behandlung besteht in der Entfernung des tuberkulösen Geschwürs und in der Erzielung einer gesunden Narbe. Diese Zwecke können nur durch gründliche Auskratzung der erkrankten Zone oder selbst durch Entfernung von Teilen derselben mittels der schneidenden Zange oder Doppelcurette erreicht werden, gefolgt von energischer Einreibung einer starken Lösung von Milchsäure, die mit Hilfe eines kräftigen, unnachgiebigen, geeignet gekrümmten Instrumentes, wie es der Krausesche Watteträger ist, in die zurückbleibende entblösste Oberfläche eingerieben wird, — alles dies, wohlgemerkt, unter der Führung des Kehlkopfspiegels. Ich finde aber, dass der erste Teil dieser Behandlung, nämlich die Entfernung des tuberkulösen Gewebes, oft ganz fortgelassen

wird, und dass man die Einreibung der starken Milchsäurelösung durch die Applikation einer schwachen Lösung mittels eines Pinsels „irgendwo“ im Halse, oder durch die Substituierung eines „schwachen Milchsäuresprays“ ersetzt. Das Resultat ist natürlich völlig negativ, und der Patient, den man ermutigt hatte, auf Erleichterung zu hoffen, ist tief enttäuscht. Ich erlaube mir zu sagen, dass ein solches Vorgehen kaum als gerecht gegen den Kranken, die Methode, oder den ursprünglichen Ratgeber bezeichnet werden kann. Sicherlich betrachte ich es für viel weniger — wenn überhaupt — beschämend für einen Arzt, seinem Patienten freimütig zu sagen, dass die angeratene Behandlung, wenn sie wirksam sein solle, eine spezielle technische Geschicklichkeit erfordere, die er selbst nicht besässe, und dass er ihm deshalb raten möchte, sich erfahrenen Händen anzuvertrauen, um sie ordentlich ausführen zu lassen, — als dass er selbst durch unzureichende Ausführung gute Aussichten verdirbt! — Gerade herausgesagt: diese Behandlung sollte ebenso in den Händen von Sachverständigen bleiben, wie etwa die intralaryngeale Behandlung von Kehlkopfneubildungen. Ich möchte dies nur dahin qualifizieren, dass in Anbetracht der Häufigkeit von Kehlkopfkomplikationen bei der Lungenschwindsucht und der ermutigenden Erfolge der Anstaltsbehandlung bei der letzteren jeder an einem Sanatorium angestellte Arzt sich m. E. genügend zu einem Sachverständigen ausbilden sollte, um die lokale Behandlung von Kehlkopfkomplikationen, wenn erforderlich, während des Aufenthalts des Patienten in der Anstalt selbst ausführen zu können.

Ich bin mir wohl bewusst, dass dasjenige, was ich über die Prinzipien der Lokalbehandlung bei der Kehlkopftuberkulose gesagt habe, den Gegenstand auch nicht annähernd erschöpft. So habe ich die Notwendigkeit, in allen Fällen mit der Lokalbehandlung eine rationelle Allgemeinbehandlung zu verbinden, überhaupt nicht erwähnt*). Aber dies wird man, wie ich vertraue, als selbstverständlich ansehen, und so hoffe ich, dass meine Bemerkungen, so unvollständig sie infolge des Mangels an Zeit sind, Ihnen in zweifelhaften Fällen bei der Entscheidung darüber, ob resp. welche Lokalbehandlung einzuleiten sei, von Nutzen sein mögen. — Ich habe nur hinzuzufügen, dass bei der glücklicherweise sehr seltenen Tuberkulose des Rachens energische Applikation starker Milchsäurelösungen in den sehr wenigen, nicht hyperakuten Fällen, die ich gesehen habe, wenigstens zeitweise wohltätig gewirkt haben, während ich bei der sehr akuten Form nur Palliativa für angebracht halte. — Bei der ebenfalls seltenen Nasentuberkulose müssen die tuberkulösen Ablagerungen und Geschwüre gründlich mittels Auskratzung entfernt und ihre Basen mit Milchsäureapplikationen gereinigt werden. Leider aber besteht bei dieser Form eine starke Tendenz zu Recidiven, so gründlich auch immer die lokale Behandlung ausgeführt sein mag.

*) Ueber die Schweigekur bei der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberkulose vgl. Bd. I, S. 475 u. ff. — Ueber die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberkulose habe ich keine eigenen Erfahrungen. (1911).

Syphilis.

Ueber die nächste Krankheit auf unserer Liste, die Syphilis, brauche ich nur zu sagen, dass ich es seit vielen Jahren aufgegeben habe, eine Lokalbehandlung als Routinemassregel bei der Bekämpfung syphilitischer Affektionen der oberen Luftwege in Anwendung zu ziehen. Dies bedeutet natürlich nicht, dass ich gegen eine Lokalbehandlung bei dieser Klasse von Fällen Einspruch erhebe, wenn sie wirklich notwendig wird. Ganz im Gegenteil. So mag z. B. in Fällen von Caries und Nekrose der Knochen bei tertiärer Nasensyphilis; in Fällen von ausgedehnten Adhäsionen im Rachen nach tertiärer Syphilis dieses Teiles; in Fällen fibroider Stenose oder hochgradiger Perichondritis des Kehlkopfs von syphilitischem Ursprung lokale Behandlung, und zwar energischster Art, in Anwendung zu kommen haben. Aber was ich meine, ist, dass meiner Erfahrung nach keine täglichen Applikationen von Cuprum sulphuricum oder von Argentum nitricum auf die ulzerierten Flächen als Zugabe zu einer geeigneten konstitutionellen Behandlung erforderlich sind. Ich habe meine spezialistische Lehrlingsschaft in einer Schule abgedient, in welcher solche Applikationen als ungemein wichtig betrachtet wurden, seitdem ich aber, wie ich schon bei einer früheren Gelegenheit bemerkt habe, dieselben allmählich aufgegeben und allein auf konstitutionelle Behandlung vertraut habe, ist die Besserung meiner Erfahrung nach nicht langsamer eingetreten, als in früheren Tagen.

Erkrankungen des Centralnervensystems.

Wir kommen an nächster Stelle zu den Affektionen der oberen Luftwege, welche durch Erkrankungen des nervösen Centralapparates bedingt sind und lokale Behandlung erfordern mögen. Zwei Fragen bedürfen hier besonders der Erörterung: die elektrische Behandlung der funktionellen Aphonie und die Indikationen für die Tracheotomie bei der tabischen doppelseitigen Lähmung der Glottiserweiterer.

Bezüglich es ersten dieser beiden Punkte wissen Sie, dass zahllose Methoden für die Behandlung der funktionellen Verengererparalyse empfohlen worden sind: Massage des Halses, Kompression der Schildknorpelflügel, Hypnose und Suggestion, methodische Artikulationsübungen, kalte Douchen, Vorwärtsziehen der Zunge, tiefe Narkose, beim Erwachen aus welcher die Patientin in ein Gespräch verwickelt wird usw. Ohne die Wirksamkeit anderer Massregeln anzweifeln zu wollen, bleibe ich persönlich bei dem Gebrauche der Elektrizität, als des schnellsten Mittels, die Stimme wieder herzustellen. Aber ich rate Ihnen dringend, energisch in diesen Fällen vorzugehen, und sofort kräftige intralaryngeale Faradisierung in Anwendung zu ziehen, da ich nur zu häufig gefunden habe, dass vorgängige sanfte oder ängstliche äussere Anwendung des elektrischen Stromes die Empfindlichkeit der Kranken auf den elektrischen Reiz bedeutend abstumpft, während derselbe anderenfalls gewöhnlich eine fast zauberhafte Wirkung selbst in veralteten

Fällen ausübt. Ich glaube, dass jeder erfahrene Laryngologe diese Angabe bestätigen wird.

Was die zweite Frage anbelangt, nämlich wann die Tracheotomie bei der doppelseitigen tabischen Glottisöffnerlähmung indiziert ist, so wage ich es kaum, einen apodiktischen Rat zu geben.

Vor mehr als zwanzig Jahren stellte ich den Satz auf, dass in jedem stark entwickelten Falle von doppelseitiger Erweitererlähmung, in dem es unmöglich sei, durch geeignete Behandlung eine grössere Glottisweite zu erzielen, eine prophylaktische Tracheotomie vorgenommen werden solle, um den Patienten vor der stets gegenwärtigen Gefahr der Erstickung zu bewahren. Mein Rat ist, wie ich Ursache habe zu glauben, sehr allgemein befolgt worden, und sicherlich gibt er dem Patienten die beste Chance. Seither aber haben wir gelernt, dass in Fällen von Tabes bisweilen, wenn auch durchaus nicht immer, Paralyse der inneren Spanner und des M. interarytaenoideus sich Jahre nachher zu der ursprünglichen Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici gesellt; und dass dieselbe eine gewisse Erweiterung der Glottis und Verminderung der Gefahr plötzlicher Erstickung im Gefolge hat. Dadurch ist ein erhebliches Dilemma entstanden. Wenn man sieht, wie ich dies tatsächlich gesehen habe, dass eine nicht unbeträchtliche Anzahl von tabischen Patienten jahrelang, anscheinend ohne erhebliche Unbequemlichkeit mit einer äusserst engen Stimmritze leben kann, ohne dass je ein wirklich besorgniserregender Erstickungsanfall eingetreten wäre, und wenn man sich weiter erinnert, dass der Zustand, wie eben angegeben, sich tatsächlich spontan etwas bessern kann, so fürchtet man, des „furor operandi“ angeklagt zu werden, wenn man trotzdem auf einer prophylaktischen Tracheotomie besteht. Bedenkt man andererseits, dass diese Patienten unter dem Damoklesschwert der Gefahr leben, einem einfachen interkurrenten Kehlkopfkatarrh zu erliegen, ehe ärztliche Hilfe zur Hand sein kann; dass manche tatsächlich plötzlich asphyktisch zugrunde gegangen sind; dass andere nur um Haaresbreite durch eine eilige Tracheotomie gerettet worden sind; und schliesslich, dass nach solchen in grösster Eile bei chronischer Obstruktion vorgenommenen Tracheotomien unangenehme Lungenkomplikationen nichts weniger als selten sind, so wird man sich der schweren Verantwortlichkeit bewusst, welche eine Vertagung der Operation möglicherweise bedingt. Die beste Politik unter diesen Umständen dürfte die sein, die Sachlage dem Hausarzt, oder wenn ein solcher nicht vorhanden sein sollte, dem Patienten selbst oder seiner Familie klar auseinanderzusetzen, und die Verantwortlichkeit nicht allein zu übernehmen*).

---

*) Bezüglich der äusserst seltenen Möglichkeit einer Einschmelzung der Trachealwandungen nach Tracheotomie bei tabischer Lähmung der Glottisöffner vgl. Semon „Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfs etc.“ „Heymann's Handbuch der Laryngologie etc.“ Bd. I. Erste Hälfte. S. 674. (1911)

3. Lokale Erscheinungen in der Nase und im Halse, die von lokalen Krankheiten in Gebieten abhängen, mit denen die erstgenannten Teile in Wechselbeziehungen stehen.

Dass nicht nur Systemerkrankungen, sondern auch lokale Affektionen in Gebieten, die anatomisch oder sonst wie mit den oberen Luftwegen in Verbindung stehen, Störungen in diesen Teilen bewirken können, ist eine wohlbekannte Tatsache. Ich brauche Sie nur an die Kehlkopflähmung, die durch Kompression des Vagus oder Recurrens seitens eines Aortenaneurysmas, Speiseröhrenkrebses, vergrösserter Mediastinal- oder Cervicaldrüsen verursacht wird, oder an die Trachealstenose, die durch den Druck eines fibrösen oder bösartigen Kropfes bedingt ist, als Beispiele solcher Vorkommnisse zu erinnern. Ebensowohl wissen Sie, dass während lokal eine symptomatische Behandlung in solchen Fällen erforderlich werden mag, unser Streben darauf hinausgehen muss, womöglich die primäre Quelle der Störung zu entfernen. Alles dies ist so selbstverständlich, dass ich es überhaupt nicht erwähnt haben würde, wäre nicht der gesunde eben erwähnte Grundsatz, dass womöglich die ursprüngliche Ursache entfernt werden sollte, statt dass nur das sekundäre Resultat, und dies rein symptomatisch behandelt werden sollte, — in diesem Zusammenhange leider in letzter Zeit dermassen übertrieben worden ist, dass es an der Zeit zu sein scheint, ernstlich gegen diese Uebertreibung Einspruch zu erheben.

Ich spreche von dem Einfluss, den nach dem gegenwärtigen Glauben so mancher der Zustand der Nase stets auf entzündliche Prozesse im Rachen und Kehlkopf ausüben soll. Dass ein solcher Einfluss innerhalb gewisser Grenzen und vorausgesetzt, dass eine tatsächliche chronische Stenose der Nasenwege besteht, wirklich existiert, ist natürlich unleugbar, und ist von mir in meinem ersten Vortrag direkt zugestanden worden. Es ist eine der wichtigsten Funktionen der Nase, die Einatmungsluft anzufeuchten, zu erwärmen und zu reinigen. Wird diese Funktion infolge einer permanenten Obstruktion aufgehoben oder stark vermindert, so folgt hieraus selbstverständlich, dass entzündliche Zustände im Rachen, Kehlkopf und in den unteren Luftwegen leichter entstehen und schwerer durch topische Behandlung der entzündeten Teile zu heilen sein werden, als wenn die Nase ihre normalen Funktionen ausübte. Unter solchen Umständen wird es daher genau ebenso die Pflicht des Arztes sein, die chronische Nasenobstruktion zu entfernen, sei dieselbe die Folge von Polypen, Septumdeviationen, Vergrösserung der Nasenmuscheln, oder irgend einer anderen Ursache, und nicht mit blosser symptomatischer Behandlung der Rachen- oder Kehlkopfentzündung befriedigt zu sein, wie sie es z. B. ist, nicht bloss die durch einen harten Kropf verursachte Dyspnoë mittels der Tracheotomie zu erleichtern, sondern den Kropf selbst zu entfernen. Aber diese legitime und verständige Haltung hat leider nicht dem Ehrgeiz jener Fraktion der modernen Rhinologen ge-

nügt, für welche die Nase den Mittelpunkt des pathologischen Universums darstellt. Allmählich hat sich die ebenso beklagenswerte wie lächerliche Lehre entwickelt, dass so etwas wie ein primärer entzündlicher Prozess in den Luftwegen unterhalb der Nase überhaupt nicht vorkomme, und dass, wenn Entzündungen in diesen Teilen aufträten, man stets in der Nase nach ihrem Ausgangspunkt suchen müsse. Das scheint fast unglaublich, ist aber trotzdem absolut wahr. Vor einiger Zeit wurde ein Fall von Perichondritis des Kehlkopfs in einer Gesellschaft von Spezialisten vorgestellt. Die Meinungen gingen darüber auseinander, ob Tuberkulose, Syphilis oder Krebs die Ursache der Knorpelhautentzündung sei, als ein Herr aufstand und den Vorstellenden in allem Ernste fragte, ob er bemerkt habe, dass der Patient eine Septumleiste in seinem linken Nasenloche trüge?

Das Schlimmste von alledem ist, dass diese Ansichten nicht nur theoretisch gehegt, sondern tatsächlich in die Praxis übertragen werden! — Gestatten Sie mir, Ihnen einige sehr charakteristische Beispiele aus meiner eigenen Erfahrung zu geben. — Vor einiger Zeit sah ich einen Kranken, der an Kehlkopfkrebs litt. Die Neubildung präsentierte sich in Gestalt einer allgemeinen Infiltration der Schleimhaut der einen Kehlkopfhälfte. Ehe der Patient zu mir kam, war er von einem anderen Spezialisten gegen die Heiserkeit, welche das Anfangssymptom der Krankheit darstellte, mit Inhalationen durch die Nase behandelt worden! — Ein anderer Patient, ein wohlbekannter Schauspieldirektor, hatte soeben ein neues Stück zur Aufführung gebracht, dessen Erfolg fast ausschliesslich von seiner eigenen Leistung in demselben abhing, und welches sehr erfolgreich zu werden versprach, als ihn die Influenza heimsuchte. Die Aufführungen mussten zunächst unterbrochen werden, und der Künstler kehrte in Verzweiflung zu seiner Tätigkeit zurück, noch ehe das akute Stadium abgelaufen war. Er wurde am ersten Abend heiser und am dritten völlig stimmlos. Nunmehr konsultierte er jemanden, der unweigerlich auf den allmächtigen Einfluss der Nase schwört, und der sofort erklärte, dass eine grössere Nasenoperation, über deren Natur der Patient nichts anzugeben wusste, unumgänglich notwendig sei, um die Stimme wieder herzustellen. Da der Patient nie in seinem Leben die geringsten Beschwerden von seiner Nase gehabt hatte, so frug er zunächst bei seinem Hausarzt an, ob er sich der Operation unterziehen solle, und derselbe riet ihm, vorher mich zu konsultieren. Ich fand absolut nichts in der Nase, das meiner Ansicht nach eine Operation hätte erfordern können, dagegen starke Kongestion und Schwellung der Stimmbänder, wie dies nach einem Anfall von Influenza und erzwungenem, verfrühtem Stimmgebrauche natürlich genug war. Ein paar Tage vollständiger Stimmruhe und Applikation von Adstringentien im Kehlkopf erzielten dauernde Heilung. — Im dritten Falle litt der Patient, ein Makler, an chronischem Kehlkopfkatarrh infolge von gewohnheitsmässigem Schreien in der Börse. Ehe er mich aufsuchte, war er volle sechs Monate mit

Entfernung von Leisten des Septums und mit chemischen und galvanokaustischen Aetzungen der Muschelschleimhäute behandelt worden, obwohl er nie die geringsten Beschwerden in der Nase gehabt hatte. Und so felsenfest war der behandelnde Arzt augenscheinlich davon überzeugt gewesen, dass es die Nase sein müsse, welche das Kehlkopfleiden bedinge, dass er niemals daran dachte, den wirklich erkrankten Teil, d. h. den Kehlkopf zu behandeln! Dieselbe Behandlung, wie sie in dem vorhergehenden Falle in Anwendung gezogen worden war, brachte innerhalb weniger Wochen völlige Heilung zustande.

Aber das drastischste Beispiel von dem, was ich als „nasales Vorurteil" bezeichnen möchte, kam vor nur wenigen Monaten zu meiner Beobachtung. Ein ungemein neurotischer Patient hatte vor 20 Jahren, als er in Oxford studierte, häufig an heftigen Schmerzen im Abdomen gelitten, wegen derer er wiederholt einen unserer sorgsamsten Internisten konsultierte. Derselbe entdeckte jedoch niemals eine organische Ursache für diese Neuralgien. Später wanderte der Patient nach einer der Kolonien aus, erwarb sich eine Stellung und begann sich mit öffentlichen Angelegenheiten zu beschäftigen. Bei einer Gelegenheit war er gezwungen, eine Reihe von Reden zu halten, obwohl er schon im Beginn heiser war. Schliesslich versagte seine Stimme, und er hatte beim Sprechen beträchtliche Schmerzen im Halse. Er konsultierte einen lokalen Spezialisten, der ihm sagte, dass er nicht nur an chronischer Laryngitis, sondern auch an Schwellung der Nasenmuscheln litte. Bis zu diesem Augenblick hatte der Patient nie gespürt, dass irgend etwas in seiner Nase nicht in Ordnung sei. Nichtsdestoweniger wurde er mehrere Monate lang mit schneidenden Operationen in der Nase behandelt, nach deren einer so ernste, wiederholte sekundäre Blutungen auftraten, dass die Nase wiederholt tamponiert werden musste, und dass eine Zeit lang das Schlimmste zu befürchten stand. Schliesslich wurde der Patient völlig neurasthenisch, und sein Arzt riet ihm, nach Europa zurückzukehren und den Kliniker zu konsultieren, der ihn wegen seiner abdominalen Schmerzen behandelt hatte. Dieser Kollege sandte ihn zu mir, da er nirgendswo ein organisches Leiden entdecken konnte. Der Kranke, ein grosser wohlgebauter Mann, sagte mir, als er mein Konsultationszimmer betrat, mit vollständig natürlicher, sonorer Stimme, dass er gekommen sei, um mich wegen seines Halses zu Rate zu ziehen. Den nächsten Satz sprach er mit absolut tonloser Flüsterstimme. Er bat mich, ihm zu erlauben zu flüstern, da es seinem Halse „schade", wenn er mit natürlicher Stimme spräche. Die Untersuchung zeigte, dass der Kehlkopf, abgesehen von ganz unbedeutender Kongestion der Stimmbänder, völlig normal war. Nichts Abnormes war in der Nase oder in den anderen Luftwegen zu entdecken. Kurzum: es war ein Fall von ächter „Phonophobie". Eine Konsultation zwischen dem Kliniker, dem kolonialen Praktiker, der zufällig ebenfalls in London war, und mir fand statt, und es wurde beschlossen, den Kranken eine Ruhekur durchmachen

zu lassen. Ich habe ganz kürzlich gehört, dass sein Hals und seine Stimme jetzt in Ordnung sind, dass er aber noch an gelegentlichen Schmerzen im Abdomen und in seinen Händen leidet, und dass er daran denkt, hiergegen Hypnose zu versuchen.

Hier haben Sie also 4 Fälle, meine Herren, welche das gemeinsame Characteristicum besitzen, dass die Ursache der Klagen der Patienten in der Nase gesucht wurde, obwohl sie niemals die leisesten Unbequemlichkeiten in diesem Organ verspürt hatten, und obwohl bei ihnen — jedenfalls in den ersten 3 Fällen — eine völlig genügende Erklärung ihrer Beschwerden in dem positiven Kehlkopfbefunde und in der Anamnese vorlag. Einer der Kranken entging zu seinem Glücke einer absolut unberechtigten Operation in der Nase; in den 3 anderen Fällen war die Nasenbehandlung ein elender Misserfolg. Diese Fälle beweisen daher das tatsächliche Bestehen einer Bewegung, von der ich überzeugt bin, dass sie ebenso dem Interesse des Publikums wie der Achtung zuwiderläuft, welche meinem Wunsche nach der Rhinologie vom ärztlichen Stande gezollt werden sollte, und sie rechtfertigen, wie ich denke, durchaus meine Warnung, dass es hohe Zeit ist, die fanatische und kleinliche Anschauung fallen zu lassen, dass die Ursache aller entzündlichen Affektionen des Rachens und Kehlkopfes in der Nase gesucht werden muss. Gewiss werden Sie wohltun, es zu ihrer Routine zu machen, dies Organ in allen Fällen von entzündlichen oder dunklen Krankheiten der Luftwege sorgfältig zu untersuchen, und wenn Sie einen Grad von Nasenobstruktion entdecken, der legitimen Grund für den Schluss abgibt, dass ohne ihre Beseitigung die weiter abwärts sitzende Affektion entweder hartnäckig direkter Behandlung trotzen oder schnell recidivieren wird, so entfernen Sie sie, oder behandeln Sie dieselbe anderweitig in angemessener Weise; wenn aber so augenscheinliche oder genügende Erklärungen für die Beschwerden der Patienten vorliegen, wie in den eben berichteten Fällen, so machen Sie sich nicht selbst blind und laufen Sie nicht die Gefahr, dass Ihre Motive bedenklich missverstanden werden könnten, indem Sie annehmen, dass jede lächerlich kleine Abweichung von der Norm, die Sie zufällig in der Nase entdecken, die Ursache der ganzen Störung darstellen muss! —

4. Affektionen der oberen Luftwege, die dem Glauben nach einen Einfluss auf andere Organe und Teile des Körpers ausüben.

In gewissem Sinne bildet diese Abteilung eine direkte Fortsetzung der vorhergehenden, indem wir bei ihr wiederum das bedauerliche Schauspiel sehen werden, dass ein ursprünglich gesundes Prinzip durch törichte Uebertreibung zu Tode gehetzt wird. Dies gilt für beide Formen, in denen Leiden der oberen Luftwege einen Einfluss auf andere Teile des Körpers ausüben können, die direkte und die Reflexwirkung. Lassen Sie uns zunächst die erstere betrachten.

A. Direkter Einfluss.

Selbstverständlich besteht ein solcher Einfluss und häufig genug ist er überaus deutlich. Wenn ein akuter oder chronischer Katarrh bzw. Entzündung von der Nase durch den Nasenrachenraum und die Eustachischen Röhren sich ins Mittelohr fortsetzt und korrespondierende Veränderungen in diesem Organ auslöst; wenn infolge der durch adenoide Vegetationen gesetzten Verstopfung sich der Gesichtstypus ändert, Taubheit erfolgt und Hühnerbrust erzeugt wird; wenn durch die konstante Absorption eitrigen Nasensekrets eine chronische septische Vergiftung zustande kommt; wenn bei chronischer Stenose des Larynx oder der Trachea Lungenleiden, Emphysem und chronischer Bronchialkatarrh, Herzerweiterung, Nierenstauung und ihre Folgen mittels des gehinderten Gasaustausches in den Lungen entstehen — so liegt das Verhältnis von Ursache und Wirkung auf der Hand, und in allen diesen Fällen werden bei der Erörterung der Frage der Behandlung die schweren Folgen, welche für andere Organe oder für das Allgemeinbefinden entstehen mögen, wenn man die vorliegende Affektion der oberen Luftwege ungestört bestehen bleiben liesse, die ernsteste Erwägung erfordern.

Aber auch hier ist wieder nur zu oft der Eifer mit der Diskretion durchgegangen. Jenes „enfant terrible“ der modernen Medizin, die Nase, ist nach der Meinung einiger ihrer hartnäckigsten Gläubigen die Quelle der meisten, wenn nicht aller unserer Uebel, und selbst geringere Grade von dem, was „nasale Unzureichendheit“ getauft worden ist, besitzen, wenn man sie sprechen hört, eine Wichtigkeit, die ich jedenfalls ihr nicht zugestehe. Ihre Häufigkeit will ich nicht bestreiten. Im Gegenteil, ich glaube wahrhaftig, dass, wenn der strenge Massstab von erforderlicher Nasenweite, welchen manche Rhinologen anscheinend verlangen, morgen zwangsweise eingeführt würde, ein sehr grosser Bruchteil des ganzen menschlichen Geschlechtes einer Reihe von „nasenerweiternden“ Operationen — wenn es mir gestattet ist, solch' ein Wort zu bilden — unterworfen werden wüsste! — Nun stehe ich auf dem Standpunkte, dass, wenn Leute sich dadurch belästigt fühlen, dass sie durch die eine Nasenhälfte nicht ebenso gut atmen können als durch die andere, und wenn sie sich einer Operation unterziehen wollen, um diesen Zustand zu verbessern, dies ihre Sache ist und niemanden sonst was angeht; aber die Dinge scheinen mir doch recht verschieden zu liegen, wenn solche Operationen vorgeschlagen und unternommen werden, wie dies gegenwärtig vielfach geschieht, weil wegen geringerer Grade von „nasaler Unzureichendheit“ schlimme Folgen für das Allgemeinbefinden des Patienten und besonders für sein Gehör befürchtet und vorausgesagt werden, oder weil ein Kranker, der an sklerosierender Mittelohrentzündung oder an Labyrintherkrankung leidet, gleichzeitig eine Crista oder eine Deviation des Septums oder einige Schwellung der Nasenschleimhaut hat. Ich prätendiere nicht, ein Otologe zu sein, aber ich hoffe, dass ich die Durchschnittsquantität gesunden Menschenver-

standes besitze, und ich muss freimütig bekennen, dass es mir ganz unverständlich ist, wie man glauben kann, dass ein geringer Grad von Verengerung der Nase selbst, besonders wenn dieselbe einseitig ist, jenen unheilvollen Einfluss auf die Ventilation des Mittelohrs ausüben soll, den ich ihr so oft zugeschrieben sehe. — Ich bitte, mich hier nicht misszuverstehen. Ich spreche natürlich nur von der Stenose der Nase selbst, nicht von tatsächlicher Verlegung oder Verstopfung der Tubae Eustachii! Der sehr bedeutende und wichtige Unterschied zwischen diesen beiden Zuständen scheint mir gegenwärtig kaum genügend berücksichtigt zu werden. Dass totale Obliteration oder hochgradigere Verengerung des Lumens der Eustachischen Röhren — seien dieselben durch eine primär im Nasenrachenraum sitzende oder durch eine von der Nase durch den Nasenrachenraum auf die Tuben fortgepflanzte Krankheit bedingt — einen weitreichenden Einfluss auf die Ventilation der Mittelohren und somit auf den ganzen Gehörapparat ausüben müssen, braucht nicht gesagt zu werden. Die Sache liegt aber ganz anders, wenn die Stenose auf die Nase allein beschränkt ist, und der Nasenrachenraum frei bleibt. Unter diesen Umständen, d. h. wenn der Nasenrachenraum durch den Mund ventiliert wird, bleibt der Luftdruck in ersterem sicherlich genau derselbe, als wenn er durch die Nasenlöcher ventiliert würde, und ich sehe nicht den geringsten Grund, weshalb eine Störung in der Ventilation der Mittelohren erfolgen sollte. Falls mir hier eingeworfen werden sollte: weshalb denn so häufig vorübergehende leichte Taubheit einen gewöhnlichen Schnupfen begleitete? — so würde ich antworten: weil in solchen Fällen die Kongestion und Schwellung nicht auf die Schleimhaut der Nase beschränkt bleibt, sondern sich tatsächlich durch den Nasenrachenraum auf die Tubae Eustachii fortsetzt. Bleibt aber der Nasenrachenraum frei, so kann die Verstopfung in der Nase sehr beträchtlich oder selbst vollkommen sein, und es braucht ihr doch weder Taubheit noch irgend ein anderes Symptom seitens der Ohren zu folgen.

Dies ist keine Theorie: es ist eine unerschütterliche Tatsache. Könnte blosse partielle Obstruktion der Nase selbst jenen grossen Einfluss auf den Gehörapparat ausüben, welcher ihr von manchen Seiten zugeschrieben wird, so müssten sicherlich Ohrenkomplikationen regelmässig in einer Klasse von Fällen anzutreffen sein, in welcher die Nasenatmung ganz oder beinahe vollständig aufgehoben ist, nämlich bei multiplen Nasenpolypen. Nun habe ich dieser Frage viele Jahre hindurch ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da sie mir für den hier zur Diskussion stehenden Punkt von grosser Wichtigkeit zu sein scheint, und bin in der Lage mitzuteilen, dass selbst in Fällen von kompletter Obstruktion beider Nasenhälften durch multiple Polypen Ohrenkomplikationen irgend welcher Art in meiner Praxis zu den grössten Seltenheiten gezählt haben. Und sollte noch ein weiterer Beweis erforderlich sein, so wird derselbe durch die Tatsache geliefert, dass selbst in Fällen vollständigen, doppelseitigen, kongenitalen Verschlusses der

Choanen seitens knöcherner oder membranöser Diaphragmen absolut normales Hörvermögen und Abwesenheit irgend welcher anderen Symptome von seiten der Ohren von anderen ebensowohl wie von mir selbst beobachtet worden sind.

Sie werden demnach verstehen, dass ich mich als einen beträchtlichen Skeptiker hinsichtlich des behaupteten grossen Einflusses einer einfachen Nasenstenose ohne gleichzeitigen chronischen Katarrh auf alle möglichen Ohrenleiden bekenne, und dass ich einen Versuch, eine Labyrintherkrankung mittels Entfernung einer Leiste vom Nasenseptum zu bessern, mit Gefühlen betrachte, die denjenigen nahe verwandt sind, welche ich empfinde, wenn ich primäre Kehlkopfentzündungen auf dem Nasenwege behandelt sehe! — Im Zusammenhange hiermit hat es mich sehr gefreut zu lesen, dass in der Diskussion, welche im letzten Jahre zu Ipswich im Schosse der British Medical Association über die Frage stattfand, ob seit der Einführung der modernen rhinologischen Methoden ein direkter und beträchtlicher Fortschritt in der Behandlung von mit einfacher Nasenstenose vergesellschafteten Ohrenaffektionen gemacht worden sei, das allgemeine Urteil weit weniger enthusiastisch lautete, als man nach einigen individuellen Aeusserungen und Veröffentlichungen meinen dürfte.

B. Reflexeinflüsse.

Hier kommen wir zu dem Thema der „nasalen Reflexneurosen“, meiner bescheidenen Meinung nach einem der unbefriedigendsten in der modernen Medizin. Ich habe diese Frage erst unlängst in einem besonderen Vortrage behandelt und habe seither keine Veranlassung gehabt, die Ansichten, die ich bei jener Gelegenheit aussprach, zu modifizieren oder zu erweitern. Gestatten Sie mir daher, die Hauptpunkte dieses Vortrags einfach zu zitieren und einen Einwurf zu beantworten, der gegen meine Ausführungen von Dr. Dundas Grant erhoben worden ist.

Im Jahre 1884 gab der verstorbene Professor Hack in Freiburg an, dass Zustände nervöser Uebererregbarkeit in den verschiedensten Teilen des Körpers ihren Ausgangspunkt von einer plötzlichen und vorübergehenden Schwellung des kavernösen Gewebes, welches die vorderen Enden der unteren Nasenmuscheln bedeckt, nehmen könnten und dies auch tatsächlich täten. Die Reflexerregbarkeit der Nasenschleimhaut, war ihm zufolge von der Ausdehnbarkeit gewisser in ihr gelegener „Schwellorgane“ abhängig. Sobald letztere gereizt würden, füllten sich die kavernösen Räume selbst mit Blut. Dieser Kongestionszustand der Nasenschleimhaut wirke anscheinend als Stimulus für die Reizung des Nervenendapparats, und dann würden Reflexe, am häufigsten Tränensekretion, seröser Ausfluss, und später Niesen ausgelöst. Dieser hypothetische Gedankengang führte Hack weiterhin zu dem Schlusse, dass die erektilen Nasenorgane eine Art von Verbindungsglied zwischen verschiedenen Formen von nervöser Erregung darstellten. Einerseits hielt er es für ganz möglich, dass eine reflektorische Reizung Kongestion des

kavernösen Gewebes produzieren könne. Andererseits meinte er, dass nervöse Symptome, die sich in verschiedenen Teilen des Körpers äusserten, von dem Kongestionszustand des kavernösen Gewebes in der Nase ausgehen könnten. Von dieser Hypothese ausgehend argumentierte er weiterhin, dass, wenn man operativ das supponierte Verbindungsglied, nämlich die in der Nasenschleimhaut gelegenen Schwellorgane ausschaltete, es gelingen könnte, viele der obskuren Neurosen zu heilen, welche seinem Glauben nach ihren Ursprung in der Nase hätten, und welche bis dahin allen denkbaren Behandlungsmethoden hartnäckig widerstanden hatten.

Hack's ursprüngliche Liste dieser Neurosen war wahrlich gross genug, indem sie Glottiskrampf, Alpdruck, Asthma, Anfälle von krampfhaftem Husten, Migräne, Supraorbital- und andere Neuralgien, Amblyopie und Amaurose, epileptiforme Anfälle, sekretorische Neurosen, das Flimmerskotom, Kopfschmerzen, Heufieber usw. usw. einschloss; aber sie versinkt in nichts, wenn man sie mit den bald von seinen Nachfolgern gemachten Zusätzen vergleicht: die Basedow'sche Krankheit, Diabetes, unregelmässige Herzaktion, Tachycardie, Stenocardie, Angina pectoris, Cardialgie, Magenkrankheiten, Dysmenorrhoe, Chorea, Enuresis nocturna, Melancholie, Neurasthenie, katarrhalische Affektionen der Luftwege, Epiphora, Hyperämie und Oedem der Conjunctiva und der Augenlider, Blepharospasmus, Strabismus, Veränderungen der Pupillen, Akkommodationsstörungen, Asthenopie mit Gesichtsfeldeinschränkung, Anomalien des Gehörs und der Genitalsphäre, Krampf des Facialis und anderer motorischer Nerven, Muskelschmerzen, Steifigkeit des Nackens, Ergüsse in die Gelenke, Hauterkrankungen usw. — alle diese Dinge wurden hinzugefügt, und wie Professor Jurasz treffend bemerkt hat: „Man war fast geneigt zu glauben, dass ein grosser Teil der Pathologie von den krankhaften Nasenreflexen beherrscht werde."

Auch hielt sich die Strömung der Anschauungen nicht innerhalb der Grenzen der Theorie. Wenn immer ein Patient, der an einer dunklen Neurose litt, das Missgeschick hatte, in die Hände eines rhinologischen Enthusiasten zu fallen, so wurde — besonders innerhalb der ersten paar Jahre nach der Hack'schen Veröffentlichung — die Ursache seiner Beschwerden in der Nase gefunden und demgemäss behandelt. Hack's Nachfolgern genügte die Beschränkung der Zone der Reflexerregbarkeit des ursprünglichen Entdeckers auf die vorderen Enden der unteren Muscheln nicht. In rascher Aufeinanderfolge wurde entdeckt, dass solche Zonen auch in den hinteren Enden der unteren Muscheln und in den mittleren Muscheln (letzterer Zusatz wurde von Hack selbst gemacht), sowie im Septum (Baratoux und Heryng) existierten; und der Gipfelpunkt wurde erreicht, als behauptet wurde, dass Reizung gewisser Abschnitte der Nasenschleimhaut für bestimmte Formen von Reflexneurosen verantwortlich sei. Forstenson (Panamerikanischer Kongress 1892) behauptete, wie Jurasz mitteilt, den präzisen Reizpunkt in nicht weniger als 400 Fällen von Asthma im oberen Teil des Septum entdeckt zu

haben. Fliess fand — ebenfalls Jurasz zufolge — einen entsprechenden Punkt für die nervöse Cardialgie nasalen Ursprungs im vorderen Drittel der mittleren Muschel; für die abdominalen Schmerzen der Dysmenorrhoe an den unteren Muscheln, und für die bei demselben Leiden beobachteten Schmerzen in der Lendengegend im Tuberculum septi. Husten schien eine Zeit lang überhaupt keinen anderen Ursprung als einen nasalen zu haben. Ich erinnere mich lebhaft, dass mir im Jahre 1885 ein Patient aus Deutschland mit einem Briefe seines Arztes überwiesen wurde, in welchem letzterer mich ersuchte, die von ihm, wie er glaubte, mit deutlicher Wirkung begonnene intranasale Behandlung des Zustandes des Kranken zu beendigen. Letzterer wollte allerdings von der behaupteten günstigen Wirkung nichts bemerkt haben. Als ich gefunden hatte, dass der Patient neben verschiedenen konstitutionellen Zeichen von Lungentuberkulose Verdichtung beider Lungenspitzen und eine Temperatur von 38,2 um 6 Uhr abends aufwies, hielt ich mich nicht für ganz berechtigt, die intranasale Behandlung zu beendigen! —

Vor allen anderen Affektionen aber wurde dem Asthma am weitaus häufigsten ein nasaler Ursprung zugeschrieben, welcher energische Behandlung der Nase erfordere. Wer kann die Menge unglücklicher Asthmatiker zählen, deren Nasen zwischen dem Jahre 1882 und dem heutigen Tage gebrannt worden sind? — Persönlich war ich anfänglich nichts weniger als überskeptisch oder von einem Vorurteil gegen die neue Methode beseelt. Im Gegenteil war ich, da ich selbst schon vor der Hack'schen Publikation eine paar Fälle beobachtet hatte, welche seine Lehre zu bekräftigen schienen, ganz geneigt, seine Angaben als den Beginn einer neuen Aera für die Rhinologie zu betrachten. Als aber in rascher Aufeinanderfolge die Ergebnisse der Behandlung in einer Anzahl von Fällen von Asthma, Migräne und Trigeminusneuralgien, die ich aufs sorgsamste nach den von Hack selbst angegebenen Grundsätzen ausgewählt hatte, völlig negativ blieben, wurde ich misstrauischer, und ich bedauere sagen zu müssen, dass dieses Misstrauen, dem ich schon im Jahre 1884 in der deutschen Ausgabe des Mackenzie'schen Lehrbuchs Ausdruck verlieh, durch meine späteren Erfahrungen nicht geändert worden ist.

Ich möchte diese Angabe nicht etwa dahin missverstanden wissen, als ob ich die Möglichkeit, dass Reflexneurosen ihren Ursprung in Zuständen anormaler Erregbarkeit der Nasenschleimhaut nehmen könnten, überhaupt in Abrede stellte. Ein solcher Standpunkt absoluter Negierung würde meiner Meinung nach ebenso wenig berechtigt sein, als der über alles Mass hinausschiessende Enthusiasmus, den einige Anhänger der Hack'schen Lehre auch heute noch an den Tag legen. Es kann und soll nicht geleugnet werden, dass in einigen Fällen, in denen eine ererbte oder erworbene Disposition zu nervösen Leiden mit einer lokalen Uebererregbarkeit der Nasenschleimhaut und der sich in ihr ausbreitenden Nervenendapparate Hand in Hand geht, gelegentlich Reflexsymptome,

sogar schwerer Natur, in anderen Regionen zustandekommen mögen. Ich selbst habe erfolgreich einige wenige Fälle von Asthma nervösen Ursprungs intranasal behandelt; ich habe in einem vereinzelten Falle mit mathematischer Regelmässigkeit einen Anfall von äusserst heftigem Krampfhusten auslösen können, sobald ich mit der Sonde eine kleine Stelle im mittleren Drittel der Nasenscheidewand auf der linken Seite berührte; und ich habe einen Fall beobachtet, in dem nächtliches Aufschrecken, krampfhaftes Niesen und Asthma pari passu mit der Beseitigung pathologischer Zustände in der Nase des Patienten abnahmen. Nach solchen und ähnlichen Erfahrungen würde es Torheit sein, die ganze Lehre von den nasalen Reflexneurosen als täuschend und irreführend zu verdammen. Ich bin aber tief überzeugt davon, dass 1. die Häufigkeit und Wichtigkeit des Einflusses der Nasenschleimhaut auf nervöse Phänomene in entfernten Gebieten von den Anhängern der Lehre gröblich übertrieben worden ist; 2. dass wir vorläufig noch kein wirkliches Verständnis für den Mechanismus dieser reflektorischen Prozesse besitzen; 3. dass es äusserst schwierig ist zu entscheiden, ob eine Neurose wirklich nasalen Ursprungs ist oder nicht; und 4. dass es ebenso schwierig ist vorauszusagen, ob in Fällen, in denen ein nasaler Ursprung wahrscheinlich erscheint, eine auf die Nase gerichtete Behandlung dem Patienten gut tun wird.

Alles, was wir sagen können, ist, dass in einer gewissen Anzahl von Fällen physiologische Reflexe von der Nase ebenso ausgehen, wie bisweilen Reflexhusten vom äusseren Gehörgang ausgelöst wird, und dass dasjenige, was für die physiologische Sphäre richtig ist, ebenso auch für die pathologische gilt. Die Affektion, welche meines Erachtens als typisch für die nasalen Reflexneurosen dienen kann, ist das Heufieber. Hier sehen wir tatsächlich, dass in einer Anzahl von Fällen, in denen die Nasenschleimhaut pathologisch verändert ist, verständige Behandlung der Nase unmittelbar vor dem Auftreten des periodischen Symptomkomplexes (Niesen, Rhinorrhoe, Conjunctivitis, Epiphora, Asthma), welcher einen kompletten Anfall von Heufieber darstellt, in einer beträchtlichen Proportion der Fälle den Anfall entweder überhaupt nicht zum Auftreten kommen lässt oder jedenfalls seine Dauer abkürzt und seine Heftigkeit verringert. Dies ist eine Tatsache, die ich selbst oft genug im Laufe der letzten 20 Jahre beobachtet habe. Aehnlich günstige Effekte, obwohl nicht annähernd mit derselben Häufigkeit, kommen in Fällen echten Bronchialasthmas zur Beobachtung, wenn gleichzeitig Nasenpolypen vorhanden sind. Gründliche Entfernung der letzteren gibt in einer Anzahl dieser Fälle, ohne dass irgendwelche andere Behandlung angewandt wird, dem Patienten dauernde oder temporäre Befreiung von seinem Asthma. Das Verhältnis von Ursache und Wirkung ist in manchen dieser Fälle ungemein auffallend, indem mit dem Recidiv der Polypen das Asthma wiederkehrt, um von neuem zu verschwinden, nachdem das Nasenleiden wiederum erfolgreich behandelt worden ist.

Ebenso liegt es mir ganz fern, die Möglichkeit zu bezweifeln, dass auch andere nervöse Affektionen durch die Behandlung pathologischer Zustände in der Nase günstig beeinflusst werden können. Angesichts der engen Beziehungen, die zwischen dem Trigeminus und so vielen anderen Gehirnnerven, namentlich dem Vagus, und ebenso zwischen ihm und dem System des Sympathicus bestehen, ist es durchaus denkbar, dass, wenn ein centripetaler Reiz durch Erkrankung in der Peripherie des Quintus erzeugt, auf die cerebralen Centren fortgeleitet und von dort auf entfernte Nerventerritorien übertragen worden ist, derselbe durch Ausschaltung der ursprünglichen Reizquelle gehemmt werden kann.

Die Hack'sche Lehre würde niemals eine so grosse Popularität erreicht haben, wie ihr zuteil geworden ist, wenn nicht verständige Elemente in ihren Hypothesen gewesen wären. Der grosse Fehler aber, zu dem sein Enthusiasmus ihn von Anfang an verleitete, und den seine Anhänger meines Erachtens noch heute begehen, war der, dass er zu schnell von einer Anzahl neurotischer Kranker, bei denen diese Lokalbehandlung einen temporären Effekt gehabt haben mag, sei derselbe ein suggestiver oder durch Gegenreiz bedingter gewesen, allgemeine Schlüsse zog. Er nahm eben an, dass diese Wirkung eine sichere und dauernde sei, und wurde somit veranlasst, Ergebnisse als wohlbegründete Tatsachen anzusehen, deren äusserst zweifelhaften und häufig unbeständigen Charakter spätere und ruhigere Beobachtung erwiesen hat.

Und das Schlimmste an der ganzen Sache ist, wie bereits erwähnt, dass wir — wenigstens soweit ich für mich selbst sprechen kann — in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht im Stande sind vorauszusagen, ob eine Neurose durch reflektorische Einflüsse von der Nase aus bedingt ist oder nicht! — Diese Tatsache erschwert natürlich nicht nur die Stellung des Diagnostikers, sondern auch die des Therapeuten ganz ausserordentlich, da, soweit mir bekannt ist, trotz aller der verschiedenen Anhaltspunkte, welche gegeben worden sind, keine wirklich zuverlässigen Indikationen vorliegen, welche es einem ermöglichen, eine wohlbegründete Prognose bezüglich der Wirkung der Nasenbehandlung in diesen Fällen zu geben.

Asthma.

Nehmen Sie z. B. an, Sie hätten es mit drei Fällen von echtem Bronchialasthma zu tun, welche Ihnen als Rhinologen zugesandt worden seien, weil nach sorgfältigem Ausschluss aller anderen denkbaren Ursachen (Affektionen des Herzens, der Nieren, der Lungen, des Magens usw.) nichts übrig zu blieben schien, als das quälende Leiden auf Rechnung einer Obstruktion der Nase zu setzen, an welcher alle drei Patienten seit vielen Jahren gelitten hatten. Lassen Sie weiterhin die pathologischen Veränderungen in der Nase bei allen den drei Fällen genau dieselben sein, nämlich sehr beträchtliche Schwellung der vorderen Enden der unteren Nasenmuscheln, welche schon unter gewöhnlichen Umständen die Nasenatmung erheblich störten, und die Atembeschwerden

während des asthmatischen Anfalls augenscheinlich vergrösserten. Lassen Sie die Aehnlichkeit der lokalen Verhältnisse in der Nase eine so bedeutende sein, dass es unmöglich wäre, sie von einander zu unterscheiden, wenn die Gesichter der Patienten verdeckt wären. Trotz alledem können die Ergebnisse, wenn sie alle drei in völlig gleicher Weise, nämlich mittels galvanokaustischer Verkleinerung der geschwollenen Partieen behandelt werden, grundverschieden sein: in dem einen Falle völlige Heilung des Asthma, im zweiten temporäres Verschwinden, oder wenigstens Verbesserung der quälenden Symptome, im dritten absolut keine Wirkung! — Und doch, wiederhole ich, waren die lokalen Verhältnisse bei allen dreien absolut nicht voneinander zu unterscheiden. — Und das Schlimmste dabei ist, dass die Proportion der wirklich erfolgreichen Fälle meiner Erfahrung nach eine sehr kleine im Verhältnis zu den nur zeitweilig gebesserten ist, und noch viel kleiner im Verhältnis zu den ganz erfolglosen.

Die Richtigkeit dieser Angabe wird wahrscheinlich von den rhinologischen Heisssporнen nicht zugegeben werden. Sie werden Ihnen sagen, dass sie einen viel grösseren Prozentsatz von Heilungen und von lange vorhaltenden Besserungen erzielten. Während ich diesen Vortrag ausarbeite, lese ich in einer amerikanischen Zeitung einen Aufsatz, dessen Verfasser folgendermassen beginnt: „Die Häufigkeit von Asthma als einer Folge krankhafter Zustände in der Nase ist so oft zu meiner Kenntnis gekommen, dass ich die Hoffnung fühle, eine Heilung in jedem (!) Falle dieser quälenden Krankheit zu erzielen, der mich konsultiert. Leider werde ich gelegentlich enttäuscht, aber nur in einer kleinen Minorität meiner Fälle.“ — Nun, meine Herren, dazu kann ich nur sagen, dass es ein sehr glücklicher Mann sein muss, der diese Zeilen geschrieben hat. Anderenfalls ist es mir nicht möglich, seine und ähnliche Angaben zu verstehen. Wenn bei einer Operation, in der grosse technische Geschicklichkeit und ausgedehnte Erfahrung von höchster Wichtigkeit sind, die Resultate einzelner Operateure bedeutend variieren, so ist dies verständlich genug. Wenn aber in einer Frage, wie der gegenwärtig besprochenen, und bei der die Technik einfachster Natur ist, der eine Mann spricht, wie unser amerikanischer Freund, und der andere, wie ich es leider zu tun gezwungen bin, so scheint mir die einzig denkbare Erklärung die zu sein, dass der erstere unerhörtes Glück in der Natur und Auswahl seiner Fälle gehabt hat, und der letztere phänomenales „Pech!“ —

Dies bringt mich zu der eigentümlichen Erklärung, welche Dr. Dundas Grant kürzlich in seiner Adresse über „Fallgruben und Hinterhalte in der Medizin“ von meiner Unfähigkeit gegeben hat, dem Chorus der Apostel der nasalen Heilung des Asthma beizutreten. Er sagt: „Asthma ist eine andere Krankheit, in deren Behandlung die allgemeine Medizin viel dem Spezialisten verdankt, und jeder Rhinologe muss sich an Fälle erinnern können, in welchen Behandlung der Nase lange und selbst anhaltende Befreiung von den Leiden zuwege gebracht hat, welche von

dieser Krankheit abhängen. Sir Felix Semon hat allerdings gesagt, dass nur ein kleiner Prozentsatz der grossen Anzahl von Asthmafällen, welche ihm zu einer gewissen Zeit von Aerzten zugeführt wurden, auf Nasenleiden zurückgeführt oder durch nasale Behandlung erleichtert werden konnte. Seine Erfahrung aber ist eine ausnahmsweise gewesen und dies aus einem naheliegenden Grunde. Zu der Zeit, als die Aufmerksamkeit zuerst darauf gelenkt wurde, dass das Asthma, wenigstens in einer gewissen Anzahl von Fällen, von Nasenleiden abhinge, genoss Sir Felix Semon bereits das Vertrauen der ärztlichen Welt in so hohem Grade, dass ihm Fälle von Asthma in grosser Zahl zugewiesen wurden, auf die Vermutung hin, dass er in ihnen allen Nasenerkrankungen finden würde. Natürlich war er von dem unvermeidlichen Resultat in einer beträchtlichen Proportion der Fälle enttäuscht. Gegenwärtig aber stellen die Aerzte eine rationelle Suche nach Nasensymptomen an, führen ihre Patienten nur, wenn solche gegenwärtig sind oder beargwohnt werden, dem Rhinologen zu, und unter solchen Umständen ist der Prozentsatz günstiger Resultate durchaus kein verächtlicher".

Das ist in der Tat eine sonderbare Erklärung. Zunächst entsprechen die Angaben Dr. Grant's über die Art und Weise, in der ich mir meine Ansichten gebildet habe, nicht den Tatsachen, und er kann dieselben ganz gewiss nicht aus meinen eigenen Schriften abgeleitet haben, denn ich habe niemals eine Aeusserung getan, die seine rein theoretische Darstellung in irgend welcher Weise rechtfertigen würde. Zweitens bin ich zwar sicher, dass er seine von den meinen abweichenden Ansichten in höflicher Weise auszudrücken wünscht, fürchte aber, dass er übersehen hat, dass die gewählte Form sowohl meiner Intelligenz wie meiner Rechtschaffenheit ein recht zweifelhaftes Kompliment macht, indem er die Sache so darstellt, als ob ich, so lange die ganze Frage noch neu war, zahlreiche Fälle „auf Ordre" operiert hätte, ohne mein eigenes Urteil zu brauchen, und als ob ich später an den durch anfänglich urteilsloses Operieren produzierten Ansichten hartnäckig festgehalten hätte. Ich kann Dr. Grant versichern, dass er sich in beiden Beziehungen vollständig irrt. Wenn er dasjenige gelesen hätte, was ich über die Frage seit dem Jahre 1884 geschrieben habe, so würde er gefunden haben, dass ich vom ersten Anfange an nach meinem eigenen Urteil bei der Auswahl meiner Fälle für nasale Behandlung verfahren habe, und weiterhin brauche ich kaum zu sagen, dass, wenn spätere Erfahrung meine ersten Eindrücke berichtigt hätte, ich es für meine einfache Pflicht angesehen haben würde, irrige Meinungen, denen ich in gutem Glauben öffentliche Verbreitung gegeben hätte, auch öffentlich zu berichtigen.

Indessen sind dies persönliche Angelegenheiten, welche nur wenig Interesse für das Publikum haben. Was weit wichtiger ist, ist Dr. Grant's Behauptung, dass meine Erfahrung eine „ausnahmsweise" sei. Das ist wirklich eine erstaunliche Angabe. Am 5. Mai 1899 fand eine Diskussion in der Londoner Laryngologischen Gesellschaft über „Asthma in seinen

Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege“ statt. Von dieser Diskussion hat mein Freund, Mr. Ernest Waggett, einen sorgsamen Auszug in tabellarischer Form gemacht, und erlaubt mir, denselben hier zu benützen. Siebzehn Redner beteiligten sich an dieser Debatte, und berichteten ihre persönlichen Erfahrungen, welche in der folgenden Tabelle in gedrängter Kürze dargestellt sind:

Persönliche Erfahrungen über Asthma und Nasenoperationen.

Namen der Redner	Berichte über tatsächliche Fälle	Ausgedrückte Ansichten
Percy Kidd	2 Polypen „augenscheinliche Erleichterung“.	„Häufigkeit der Association stark übertrieben“. „Verbesserung in den meisten Fällen nur zeitweilig und unvollständig“.
Mc Bride	1 Heilung, Adenoide.	„Es sei verständig, Nutzen von der Entfernung von Polypen zu erwarten“. „Erwähnte mehrere Fälle, in denen Besserung eintrat“.
Thorowgood	1 Fall, Adenoide, fast frei.	„Sehr richtig, den Patienten keine Heilung des Asthma zu versprechen“.
Waggett	1 Fall, Leiste und Adhäsionen.	„Seit der Diskussion ist das Asthma wiedergekehrt, obwohl die Nase ganz frei ist.
Mc Intyre	—	„Kann sich einiger Fälle von Heilung erinnern“, doch erfolge solche nur in einer sehr kleinen Minderzahl.
Tilley	—	Keine, ausser einem zweifelhaften Fall von Adenoiden.
Scanes Spicer	—	„Einige wenige Patienten bereit zu erhärten“, dass sie geheilt seien. Die Mehrzahl hatte grosse Erleichterung.
Watson Williams	1 Fall von tatsächlicher Heilung (gleichzeitige Allgemeinbehandlung).	Sehr grosse Proportion von mehr oder weniger langer Verbesserung oder Aufhören der Anfälle.
Theodore Williams	1 Fall, Polypen.	—
Permewan	—	„Bedeutende Erleichterung“ in der Mehrzahl — bis Notwendigkeit zu weiteren Nasenoperationen eintritt.
Dundas Grant	1 Heilung, Polypen.	Ein anständiger Bruchteil völlig geheilt.
Clifford Beale	1 Fall zeitweilig durch wiederholte Operation gebessert.	„Ist der Ansicht, dass ausser wenn bestimmte Anzeichen dafür vorliegen, dass die Reizquelle sich in der Nase befindet, irgend welche Operation, abgesehen von der Beseitigung einer Obstruktion, kaum berechtigt sei“.
Hill	—	In über 50 pCt. der Fälle, in denen ein Nasenleiden vorliegt, ist Besserung zu erwarten.
Semon	—	Dauernder Erfolg nur bei äusserst kleinem Prozentsatz. Seiner Erfahrung nach werden am häufigsten überhaupt keine Resultate erzielt.
St. Clair Thomson	—	Hat Fälle gesehen, die durch intranasale Behandlung „beträchtlich geschädigt“ worden sind.
Lack	1 Fall, Adenoide.	—
de Havilland Hall	1 Fall, Polypen.	Sehr anständiger Prozentsatz von beträchtlicher und dauernder Erleichterung.

Als praktisches Ergebnis dieser Diskussion, an welcher sich, wie ich wiederhole, 17 britische Kliniker und Spezialisten von langer und ausgedehnter Erfahrung beteiligten, finden wir, dass wirkliche Heilungen oder beträchtliche Besserung in 9 — sage neun — Fällen beobachtet wurden, von welchen in 3 adenoide Vegetationen und in 4 Nasenpolypen vorhanden waren. Das ist ein wirklich grossartiges Ergebnis, wenn man bedenkt, wie viele Hunderte von Asthmafällen in England allein seit 1884 mit intranasalen Eingriffen behandelt worden sind! — Und selbst was blosse Meinungsäusserungen anbelangt, sieht man aus der Tabelle, dass nur 7 von 17 Rednern sich in hoffnungsvollem Sinne ausdrückten, während die andern 10 entweder sehr reservierte oder direkt ungünstige Ansichten hegten.

Hiernach ist es mir unverständlich, wie Dr. Dundas Grant meine Erfahrung als eine „exceptionelle“ bezeichnen kann. Ich huldige nicht aussergewöhnlichen, sondern gemässigten Anschauungen, welche, wie ich mit Freuden konstatiere, von vielen meiner Spezialkollegen geteilt werden, und ich halte an ihnen fest. Es ist mir stets ein peinliches Gefühl, wenn ich Fälle dieser Art sehe, zu denken, dass man durch Abreden von einer Behandlung, wenn wirklich ein pathologischer Zustand der Nase vorhanden ist, den Patienten möglicherweise seiner einzigen Aussicht berauben könnte, von seinem quälenden Leiden befreit zu werden. Ihm andererseits zuzureden, sich einer Behandlung zu unterziehen, welche, wenn auch nicht schmerzhaft, jedenfalls nichts weniger als angenehm ist, und welche lange Zeit erfordern kann, während man selbst überzeugt ist, dass nur in einem sehr kleinen Bruchteil solcher Fälle wirklicher und dauernder Nutzen geschaffen wird, wird jemandem, dessen Denkweise ihn nicht von Natur aus in die Zahl der therapeutischen Enthusiasten einreiht, stets äusserst unsympathisch sein.

Unter diesen Umständen halte ich es in Fällen dieser Art, wenn man es mit gebildeten Patienten zu tun hat, für meine Pflicht, stets so offen als möglich zu sprechen und ihnen, soweit man kann, den gegenwärtigen Stand der ganzen Frage zu erklären, ohne einerseits eine Nasenbehandlung zu urgieren, und ohne andererseits von ihr abzuraten. Eine solche Behandlung lässt meines Erachtens sowohl dem Kranken wie dem Arzte Gerechtigkeit widerfahren.

Es ist dringend zu wünschen, dass in Bälde zuverlässigere Indikationen für unser Vorgehen in solchen Fällen geschaffen werden mögen. Gegenwärtig bedauere ich, bei aller Anerkennung, dass in manchen Fällen sehr erfreuliche, und bei einigen wenigen völlig unerwartete Resultate erzielt werden, meine eigene Erfahrung dahin zusammenfassen zu müssen, dass unser diagnostisches Wissen und unsere Resultate bei der Behandlung der nasalen Reflexneurosen noch äusserst unbefriedigend sind.

5. Lokale Symptome und Sensationen dunklen Ursprungs.

An die Spitze dieses Abschnitts möchte ich den Grundsatz stellen: nicht um jeden Preis die Erklärung jedes Symptoms und jedes in den oberen Luftwegen empfundenen Gefühls in trivialen oder selbst imaginären Abweichungen von der Norm finden zu wollen, welche in diesen Teilen existieren mögen.

Aber hier wünsche ich mich wiederum gegen Missverständnisse zu verwahren. Unzweifelhaft ist es unsere Pflicht, wenn ein Patient uns mit Klagen über seine Nase und seinen Hals konsultiert, an erster Stelle diese Teile sorgfältig zu untersuchen. Finden wir in ihnen eine vernünftige Erklärung der geklagten Symptome, um so besser. Der Fall gehört dann zu der ersten von mir besprochenen Kategorie, den Affektionen rein lokalen Charakters, und in dieser Klasse darf, wie ich zu zeigen versucht habe, viel von geeigneter lokaler Behandlung erwartet werden.

Die Sache liegt jedoch ganz anders, wenn die positiven Veränderungen, die man antrifft, so trivialer Natur sind, dass sie keinen genügenden Grund für die vorhandenen Symptome abgeben, oder wenn sie derart sind, dass für den gewöhnlichen Menschenverstand ein Verhältnis von Ursache und Wirkung tatsächlich ausgeschlossen ist. Nehmen wir beispielsweise einen Fall von Heiserkeit, veranlasst durch Lähmung des linken Stimmbandes. Es mag zu der Zeit, wo der Kranke den Arzt zu Rate zieht, noch unmöglich sein, die Ursache der Lähmung zu ermitteln, aber der Arzt würde, wenigstens meiner bescheidenen Meinung nach, äusserst unweise handeln, wenn er eine zufällig gleichzeitig vorhandene Verlängerung des Zäpfchens als Grund der Heiserkeit anschuldigte und dies Gebilde entfernte. Ich habe Fälle gesehen, in welchen dies tatsächlich geschehen ist, und in denen sich als wahre Ursache der Heiserkeit schliesslich ein Aortenaneurysma herausstellte! — Oder, um ein anderes Beispiel zu geben: ein Patient kommt mit der Klage über Schlingbeschwerden. Der Arzt diagnostiziert, wie dies vor ein paar Jahren Mode war, „variköse Venen“ am Zungengrunde oder auf der hinteren Rachenwand und zerstört dieselben mit dem Galvanokauter. Der Patient ist nicht gebessert und konsultiert einen anderen Arzt, der herausfindet, dass die wahre Ursache der Dysphagie eine beginnende Bulbärparalyse ist! — Auch dies ist nicht ein phantastisches Beispiel; ich habe selbst einen derartigen Fall gesehen. — Oder der Patient leidet, wie in dem im letzten Abschnitt erwähnten Falle, an heftigem Husten; als Ursache wird eine Leiste der Nasenscheidewand angesehen, welche die gegenüberliegende Nasenmuschel berührt; operative Behandlung in der Nase wird ohne Erfolg eingeschlagen; der Patient sieht einen anderen Arzt, und dieser entdeckt, dass die wahre Ursache des Hustens Lungentuberkulose ist. —

Wenige Dinge, meine Herren, schädigen den Ruf eines Arztes in so schlimmer Weise, als Irrtümer dieser Art; wenige Dinge geben einen solchen Anstrich von Berechtigung wie sie, für die Beschuldigung des begrenzten Gesichtskreises, die mit solcher Vorliebe gegen den Spezialisten erhoben wird.

Ich habe absichtlich die Verlängerung des Zäpfchens, die varikösen Venen an der Zungenbasis und an der hinteren Rachenwand und die Leisten der Nasenscheidewand als repräsentative „Sündenböcke“ für die Erklärung aller möglichen Symptome in Nase und Hals gewählt. Bei Kindern können natürlich noch die adenoiden Vegetationen hinzugefügt werden, und bei Erwachsenen kommen ihnen granuläre Pharyngitis, Vergrösserung der Zungentonsille und hypertrophische Rhinitis sehr nahe. Aber die 3 erstgenannten wurden, wenigstens meiner Erfahrung nach, bis vor ganz kurzer Zeit nur zu allgemein für alle Uebel verantwortlich gemacht, denen Nase und Hals verfallen können. Der älteste Sündenbock von den dreien ist unzweifelhaft die „Verlängerung des Zäpfchens“. Obwohl ich glaube, dass die Dinge heute mit Bezug auf diesen Punkt besser stehen als vor 20 Jahren, so ist man doch in einigen Kreisen anscheinend noch gegenwärtig der Ansicht, dass die Amputation der Uvula eine Art von „Panacee“ für alle möglichen Formen von Halsleiden ist, während sie in anderen als eine Art von „letzter Zuflucht“ nach dem Fehlschlagen anderer Massregeln betrachtet wird. Nun ist die Operation selbst ja eine Kleinigkeit, der Nachschmerz aber ist, wie ich aus persönlicher Erfahrung versichern kann, bisweilen äusserst heftig, und wenn ein Patient mehrere Tage lang akute Schmerzen ausgestanden hat, ohne dass seine ursprünglichen Symptome irgendwie gebessert worden wären, so ist es nicht eben wahrscheinlich, dass seine Liebe für den Operateur hierdurch vergrössert wird. — Meiner Ansicht nach ist die Operation äusserst selten erforderlich und sollte nur für diejenigen Fälle aufgespart werden, in denen es über allen Zweifel hinaus ermittelt werden kann, dass die Verlängerung der Uvula wirklich die Schuld an den Symptomen trägt, über welche der Patient klagt. —

Der zweite Sündenbock, nämlich die „varikösen Venen“ an der Zungenbasis und an der hinteren Pharynxwand oder die „Hämorrhoiden im Halse“, wie sie elegant genannt wurden, wüteten eine Zeit lang mit dem Ungestüm einer wahren Epidemie und wurden nicht nur für alle denkbaren Halssymptome, sondern — können Sie sich das denken, meine Herren? — für solche Affektionen, wie die „spasmodische Torticollis“ und „Parese der oberen Extremität“ verantwortlich gemacht! — Als aber Mr. Herbert Tilley im Jahre 1896 den Mut hatte, die Blase anzustechen, platzte sie, und gegenwärtig hört man, Gottlob, erstaunlich wenig vom „Zungenvarix“. Requiescat in tenebris! —

Der dritte arme Sünder aber, die Septumleiste, floriert, soweit meine Beobachtungen reichen, noch immer, und wird, obwohl sie nicht einmal die gegenüberliegende Muschel berühren mag, von manchen Leuten für alle möglichen Nasen-, Hals- und Ohrensymptome verantwortlich gemacht. Es steht innig zu hoffen, dass sie bald das Schicksal der „varikösen Venen“ teilen möge!

Aber, meine Herren, um nunmehr ernst zu sprechen, diese ganze Bewegung, diese „krankhafte Bereitwilligkeit, eine Krankheit zu ent-

decken", dieses verzweifelte Bemühen, in jedem Falle und um jeden Preis eine lokale Erklärung zu finden, welche, wie ich zu meiner Betrübnis sagen muss, in den letzten paar Jahren wieder im Aufstieg gewesen sind, nachdem sie siegreich im Anfang der achtziger Jahre bekämpft worden waren, — sind meinem festen Glauben nach ungesund, rückschrittlich und direkt tadelnswert. Ich wünsche mich gewiss nicht zum Fürsprecher solcher Auswege zu machen, wie der, jede lokale Empfindung in den oberen Luftwegen dem „allgemeinen Gesundheitszustande" in die Schuhe zu schieben, oder damit befriedigt zu sein, dass man ihr einen hochklingenden Namen, wie „Parästhesie" oder „Neuralgie" gibt. Solche Notmittel sind, wie ich wohl genug weiss, nur zu häufig „der Zufluchtsort der Hilflosen!" Persönlich freue ich mich viel mehr in einem Falle, in dem über Trockenheit und Wundgefühl des Halses geklagt wird, eine hochgradige granuläre Pharyngitis zu finden, die man durch ein paar galvanokaustische Applikationen heilen kann, als eine anscheinend normale Schleimhaut. Andererseits aber ist es nicht dem geringsten Zweifel unterworfen, dass viele lokale Symptome und Sensationen in der Tat vom Allgemeinbefinden, von Leiden in entfernten Teilen, von rein funktionellen Nervenaffektionen abhängen, und dass es ebenso wenig wahrscheinlich ist, dass dem Patienten gut getan, wie dass der Ruf des Arztes erhöht werden wird, wenn letzterer diese Möglichkeiten nicht berücksichtigt, wenn er nicht weiter sieht als bis zur Nasenspitze oder bis zum unteren Ende der Trachea, und wenn er jede winzige, zufällig in diesem Abschnitt der Luftwege vorhandene Anomalie als die wirkliche Ursache der Symptome des Patienten anspricht! —

6. Die Notwendigkeit, ein richtiges Verhältnis zwischen der Schwere der Krankheit und der des Eingriffs innezuhalten.

Sie erinnern sich wahrscheinlich alle, meine Herren, der reizenden Stanzen im Mikado, in welchen dieser aufgeklärte Potentat das höchste Ziel seines Ehrgeizes folgendermassen angibt:

„Der Absicht hoch und hehr
Erfüllung hoff' ich sehr,
Zu passen die Straf' dem Verbrechen an,
Die Straf' dem Verbrechen an."

Wie wünschte ich, meine Herren, dass dies gesunde Prinzip: „die Strafe dem Verbrechen anzupassen," obenan in den Erwägungen stände, welche uns leiten sollten, wenn wir lokale Behandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege in Anwendung ziehen! — Aber, leider, leider, dies ist durchaus nicht die allgemein befolgte Regel! — In früheren Abschnitten dieser Vorträge habe ich wiederholt darüber zu klagen gehabt, — wie in den von den adenoiden Vegetationen, der Kehlkopftuberkulose, der funktionellen Aphonie handelnden, — dass die Lokalbehandlung oft genug nicht energisch genug ausgeführt wurde. In diesem Schlussteil wird es im Gegenteil meine Pflicht sein, Sie davor zu warnen, Mass-

regeln anzuwenden, deren Schwere ganz ausser Verhältnis zu den Erfordernissen des Falles steht. Ich werde Ihnen 3*) Illustrationen dafür geben, wie notwendig es ist, eine solche Warnung zu erheben, indem ich Ihnen zeigen werde, dass Ausschreitungen der Lokalbehandlung in verschiedenen Graden schädlich wirken können, von einfach überflüssigen Eingriffen bis zu unnötig schweren und gefährlichen Proceduren und schliesslich bis zur Vornahme von Massregeln, die ich für positiv unverzeihlich halte.

Ehe ich aber dieser nicht sehr angenehmen Aufgabe näher trete, fühle ich, dass ich einige Worte über die von Dr. Lambert Lack eingeführte neue Methode der Radikalbehandlung der Nasenpolypen sagen muss, da mein Schweigen sonst missverstanden werden könnte. Dr. Lack, der aus seinen Forschungen die Ueberzeugung gewonnen hat, dass das primäre Element bei der Bildung von Nasenpolypen eine rareficierende Osteitis des Siebbeins ist, schlägt vor, in allen Fällen, in denen ausgedehnte Knochenerkrankung mit zahlreichen Polypen vorhanden ist, in denen häufige Recidive nach Operationen erfolgen, und in denen Suppuration in den Ethmoidzellen oder in den Nebenhöhlen vorliegt, die ganzen erkrankten Knochenpartien in allgemeiner Narkose radikal zu entfernen. Angesichts der ungemeinen Hartnäckigkeit und Langwierigkeit solcher Fälle gebe ich bereitwillig zu, dass, wenn sich die empfohlene Procedur als gefahrlos und wirksam erweisen sollte, sie unseren gegenwärtigen Methoden gegenüber einen sehr bedeutenden Fortschritt darstellen würde. Aber es bleibt noch zu erweisen, ob diese beiden Forderungen: Gefahrlosigkeit und Wirksamkeit, von der radikalen Methode erfüllt werden werden, und bis wir im Besitze grösserer Erfahrung über diese beiden Punkte sind, enthalte ich mich des Urteils. Schon jetzt besitze ich eingehende Kenntnis von einem Fall, in dem 3—4 Tage nach der Operation der Patient, der sich, abgesehen von seinen Nasenpolypen, guter Gesundheit erfreut hatte, an akuter Meningitis zu Grunde ging. Wie Dr. Lack selbst sagt: mit der Lamina cribrosa lässt sich nicht spassen! —

Indem ich nun zu Krankheiten komme, in denen meines Glaubens die Schwere des Eingriffs nur zu oft ausser Verhältnis zu der des Leidens steht, wähle ich als Illustration derjenigen Klasse, in welcher energische und lange fortgesetzte Lokalbehandlung meiner Meinung nach absolut

*) Hätte ich diese Vorträge heute — 1911 — zu halten, so würde ich als viertes Beispiel die unterschiedslose Tonsillektomie gewählt haben, wie sie gegenwärtig vielfach empfohlen wird. Ich will gewiss nicht bestreiten, dass in manchen Fällen, besonders in solchen, in welchen die Patienten von sich immerwährend wiederholenden Anfällen von Tonsillitis und deren Komplikationen heimgesucht werden, diese Operation erforderlich sein und sehr befriedigende Folgen haben mag. Aber solche Fälle sind nach meiner recht beträchtlichen Erfahrung selten und für die überwiegende Mehrzahl der Fälle einfacher Hypertrophie der Tonsillen reicht die Tonsillotomie völlig aus. Wäre die Tonsillektomie eine ganz harmlose Operation, so könnte man ihre grössere Gründlichkeit der Tonsillotomie gegenüber geltend machen. Das ist sie aber nicht. Erst ganz kürzlich sind von Amerika aus 11 Todesfälle berichtet worden, die innerhalb verhältnismässig kurzer Zeit dort der Operation gefolgt sind, und in den Vereinigten Staaten selbst, dem Ausgangspunkt der Tonsillektomie, bereitet sich, wie ich weiss, eine starke Opposition gegen ihre unterschiedslose Anwendung vor.

überflüssig ist, die als Leptothrixmykose oder als Keratose der Mandeln, des Zungengrundes und des Rachens bekannte Affektion. Ich lasse die Frage beiseite, ob der Leptothrix oder die Verhornung des Epithels vorwiegt; jedenfalls sieht man in beiden Fällen weisse, ziemlich harte, fest adhärierende Pfröpfe aus den Krypten der Zungen- und Gaumenmandeln und seltener aus Follikeln der hinteren Rachenwand und der Gaumenbögen hervorragen. In der Regel machen dieselben keine Symptome irgend welcher Art und werden meiner Erfahrung nach gewöhnlich von den Patienten selbst ganz zufällig bei einer Besichtigung ihres Halses entdeckt. Das fremdartige Aussehen dieses Teils ist wohl dazu geeignet, die Patienten zu erschrecken, und sie suchen den Arzt auf, um ihn behufs der vermeintlichen „Geschwüre" in ihrem Halse zu konsultieren. Bisweilen klagen sie über allerhand unangenehme Empfindungen, die ich aber nicht geneigt bin, der Tonsillenaffektion zur Last zu legen, da ich diese Mykose oder Keratose fast stets bei Leuten gefunden habe, deren allgemeiner Gesundheitszustand aus dem einen oder anderen Grunde unbefriedigend ist, und welche oft genug über solche Sensationen klagen, ohne dass eine Tonsillenkomplikation irgendwelcher Art gegenwärtig ist. Der Harmlosigkeit der Affektion kommt nur ihre Hartnäckigkeit gegen lokale Behandlung gleich. Welche Methode man auch anwenden mag — und der Name der für diese Fälle empfohlenen Heilmittel und operativen Massregeln ist wirklich Legion —, kaum sind die Pfröpfe beseitigt, so sind sie wieder da. Vor einiger Zeit wurde in einer Diskussion berichtet, dass ein Fall dieser Art 3 Monate hindurch ohne Erfolg mit dem Galvanokauter behandelt worden war. Selbst wenn mit grosser Geduld und Ausdauer vollständige Entfernung erzielt worden zu sein scheint, so ist die grösste Geneigtheit zu Recidiven vorhanden.

Was ich nun nachdrücklich hervorheben möchte, ist, dass überhaupt keine lokale Behandlung irgend welcher Art in diesen Fällen erforderlich ist. Aus grosser Erfahrung sprechend, kann ich zuversichtlich angeben, dass, wenn man die Patienten versichert, es liege durchaus nichts Ernstes vor, und wenn man ihnen Luftveränderung, Stärkungsmittel, Ruhe, Bewegung in frischer Luft usw. verordnet, sie ohne jede lokale Behandlung genesen werden. Ich glaube in der Tat, dass viele dieser Fälle überhaupt nicht von einem Arzt gesehen werden, weil die Affektion entsteht und verschwindet, ohne Symptome irgendwelcher Art zu verursachen.

Während in der eben besprochenen Kategorie Lokalbehandlung meiner Ansicht nach einfach überflüssig ist, kann eine solche, wenn urteilslos und übertrieben in Anwendung gezogen, in der Klasse von Fällen, auf welche ich nunmehr Ihre Aufmerksamkeit zu lenken wünsche, beträchtlichen Schaden anrichten. Ich spreche von der Vergrösserung der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln, mag dieselbe einfach kongestiver oder echt hypertrophischer („maulbeerförmiger") Art sein. Unzweifelhaft ist das durch die Schwellung dieser Teile gesetzte Atmungshindernis in einer gewissen Anzahl von Fällen so bedeutend, dass es

entfernt werden muss. Bis vor kurzem war dies technisch keine leichte Sache, da es oft äusserst schwer ist, eine Schlinge um die hinteren Enden der unteren Muscheln herumzuführen, so stark vergrössert dieselben auch sein mögen, und da andere Proceduren, wie die Anwendung des Galvanokauters oder submuköse Incisionen sowohl langwierig wie unsicher in ihrer Wirkung sind. Mit der Erfindung von Carmalt Jones' „Ziehklinge" („Spokeshave") änderte sich alles dieses plötzlich. Ein einziger Zug des vorher um das hintere Ende der Muschel gelegten Ringmessers nach vorn — und der ganze Knochen flog heraus! Nichts konnte einfacher sein, und nichts erfreute zeitweise anscheinend das Herz des rhinologischen Draufgängers mehr, als diese rebellischen Strukturen in dieser Weise zu züchtigen. Vor ein paar Jahren war es ein — hoffentlich bösartiger — allgemeiner Tagesklatsch, dass in einem gewissen Hospital die unteren Muscheln an Operationstagen mit dem Besen ausgekehrt werden mussten. Aber die Procedur, obwohl einfach genug, ist nicht ganz so harmlos, als wie sie anfänglich von enthusiastischen Aposteln der Methode ausgegeben wurde. In nicht wenigen Fällen folgt schwere sekundäre Blutung der Operation. Einer der bekanntesten Londoner praktischen Aerzte erzählte mir vor kurzem, dass er innerhalb verhältnismässig kurzer Zeit zu nicht weniger als 4 seiner Patienten gerufen worden sei, die sich ohne sein Vorwissen der Operation unterworfen und einige Stunden oder selbst Tage später zu bluten begonnen hatten. In einem Falle war die Hämorrhagie so stark, dass er die ganze Nacht am Bette des Patienten zubringen musste. Ich habe einen ähnlichen Fall bereits in einem früheren Abschnitt erzählt. — Eine andere und sehr ernste, weil bleibende, mögliche Folge der Abtragung der ganzen Muschel ist die, dass durch die Entfernung einer so grossen Schleimhautoberfläche, welche, wie bereits erwähnt, die wichtigen Funktionen der Erwärmung, Anfeuchtung und Reinigung der Inspirationsluft zu besorgen hat, ein Zustand hervorgebracht wird, welcher der atrophischen Rhinitis ganz ähnlich ist, mit dem Schlussresultat, dass äusserst störende trockene Pharyngitis mit Tendenz zur Krustenbildung und Neigung zu Kehlkopfkatarrhen folgen. Dies ist nicht etwa, wie ich ausdrücklich hervorheben will, eine theoretische Befürchtung. Ich selbst habe, ebenso wie andere, tatsächliche Beispiele eines so ernsten und unheilbaren Ergebnisses von diesen Operationen gesehen. Glücklicherweise ist dem anfänglichen Enthusiasmus schnell genug eine Rückkehr zu grösserer Nüchternheit gefolgt. Ich habe mich innig gefreut, dass bei der kürzlichen Jahresversammlung der British Medical Association viele der Redner in der Diskussion über die Behandlung von Obstruktion der Nase sich mit Entschiedenheit gegen die totale Turbinektomie aussprachen, welche, wie Dr. Brown Kelly sehr wahr bemerkte, „den Ruf der britischen Rhinologie nicht eben erhöht habe". Und ich glaube, dass gegenwärtig mit sehr wenigen Ausnahmen allgemeine Uebereinstimmung darüber herrscht, dass selbst in Fällen, in denen Entfernung

der hinteren Enden der unteren Muscheln indiziert ist, die Operation auf diese hinteren Enden beschränkt werden und, abgesehen von Fällen seltenster Art, nicht die ganzen Knochen einschliessen sollte. In diesem Zusammenhange möchte ich Sie ganz besonders vor der Anschauung warnen, welche bei dieser Gelegenheit Ausdruck fand, nämlich, dass es nicht viel ausmache, ob man eine „nutzlose“ Muschel in ihrer Gesamtheit entferne oder nicht. Was ist eine „nutzlose“ Nasenmuschel? — Ich meine, wir würden wohl daran tun, uns unserer ähnlichen Erfahrung im Falle des Kropfes zu erinnern. Das Auftreten von Myxödem in Fällen, in denen strumöse Schilddrüsen als „nutzlos“ entfernt worden waren, lehrte uns, dass dieselben schliesslich doch nicht ganz so nutzlos gewesen sein konnten, als angenommen worden war, und das Auftreten von Pharyngitis sicca in Fällen, in denen die ganzen unteren Muscheln unter einem ähnlichen Glauben entfernt worden sind, sollte uns, meiner bescheidenen Ansicht nach, eine ähnliche Lektion geben.

Aber die schlimmste Uebertreibung, die je meinem Wissen nach im Zusammenhange mit Leiden der oberen Luftwege verübt worden ist, wurde im vorigen Jahre begangen, als Dr. John Mackenzie (Baltimore) vor der American Laryngological Association eine Arbeit verlas, welche den bezeichnenden Titel trug: „Ein Plaidoyer für frühzeitige Diagnose mit dem blossen Auge und Entfernung des ganzen Organs mit der benachbarten Zone möglicher Infektion der Lymphdrüsen beim Kehlkopfkrebs“. Man traute seinen Augen kaum, als man diesen Titel las, aber bei der Lektüre der Arbeit selbst sieht man, dass der Autor jedenfalls den Mut seiner Meinung hat. Er betrachtet die Diagnose mittels des blossen Auges allen Ernstes als eine „verhältnismässig gesprochen vernachlässigte Methode“, verwirft mit aller Entschiedenheit die Entfernung eines Stückes zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung und verlangt — wie früh auch immer die Diagnose gestellt, wie beschränkt die Neubildung auch sein mag — nicht nur „frühzeitige Totalexstirpation des ganzen Organs“, sondern auch seiner „regionären Lymphgefässe und -drüsen, mögen letztere anscheinend erkrankt sein oder nicht,“ als „das einzig mögliche Schutzmittel gegen lokale Recidive oder Metastasen“.

Nach diesen erstaunlichen Leistungen möchte man Dr. Mackenzie die Wohltat des Zweifels angedeihen lassen und annehmen, dass er wie ein neuer Rip-van-Winkle die ganze moderne Entwicklung unseres Wissens über den Kehlkopfkrebs verschlafen haben muss, zumal da er erklärt, dass „die Thyreotomie mit Curettement oder Entfernung der ganzen anscheinenden (sichtbaren) Krankheit keine auf der Höhe der modernen Chirurgie stehende Operation sei, den Regeln, welche uns bei der Behandlung des Krebses leiten sollten, direkt widerspräche und einen Rückschlag und eine Wiederbelebung einer Methode des Vorgehens darstelle, welche vor mehr als einem halben Jahrhundert diskreditiert und aufgegeben worden sei“. Leider aber ist eine solche Entschuldigung nicht zulässig. Dr. Mackenzie war nicht nur im Jahre 1895 bei der

Londoner Versammlung der British Medical Association gegenwärtig, bei welcher Gelegenheit eine lange und instruktive Diskussion in der Laryngologischen Sektion über die Behandlung des Kehlkopfkrebses stattfand, sondern war einer der Hauptredner in derselben. Er lernte nicht nur die Ansichten seiner britischen Kollegen über die Frage kennen, die er jetzt so leidenschaftlich behandelt, sondern hörte auch von den Resultaten, die sie mittels der Methode erzielt hatten, die er jetzt als „nicht auf der Höhe der modernen Chirurgie stehend" abzutun versucht. Diese Resultate ignoriert er jetzt mit Bedacht. Das ist unverzeihlich. Mr. Ernest Waggett hat sich „im Interesse amerikanischer Chirurgen und noch mehr amerikanischer Patienten" der sehr verdienstlichen Aufgabe unterzogen, in demselben Journal, in welchem Dr. Mackenzie's Arbeit erschienen ist, seine irreführenden Behauptungen zu berichtigen und auf der Grundlage von Tatsachen und Zahlen den Wert der Methode nachzuweisen, gegen welche genannter Autor loszieht. Persönlich aber finde ich es schwierig, Dr. Mackenzie ernst zu nehmen, und muss bekennen, dass, als ich von seinem Rat las, Patienten zu einer äusserst ernsten und verstümmelnden Operation zu verdammen, die wir mittels unvergleichlich milderer Methoden dauernd zu heilen gelernt haben, unwiderstehlich an einen gewissen Dr. Eisenbart erinnert wurde, der zur Zeit Friedrichs des Grossen floriert haben soll, und der in einem wohlbekannten Studentenliede einen fürchterlichen Bericht von seinen Heldentaten gibt. Nachstehendes mag Ihnen eine Probe derselben geben:

„Zu Potsdam trepanierte ich
Den Koch des grossen Friederich.
Ich schlug ihn mit der Axt vor'n Kopf:
Gestorben ist der arme Tropf!"

Ich ziehe ohne Zögern den Grundsatz des Mikado vor, und ich hoffe, es ist nicht wahrscheinlich, dass Dr. Eisenbart viele Nachahmer unter den zeitgenössischen Chirurgen finden wird! —

Mit dem Ausdruck dieser Hoffnung, meine Herren, schliesse ich meine Vorträge ab. Niemand kann sich darüber klarer sein, als ich es bin, dass ich nichts Neues vorgebracht und dass ich in beinahe identischen Worten vieles wiederholt habe, was ich bei früheren Gelegenheiten gesagt habe. Aber ich glaube ehrlich, dass solche Wiederholungen bisweilen erforderlich sind, und dass sie Gutes bewirken mögen. Cato mag mit seinem ewigen „Caeterum censeo" unausstehlich langweilig gewesen sein — und war es wahrscheinlich auch —, aber er nützte schliesslich doch auf diese Weise seiner Sache und verhalf ihr zum endlichen Siege! —

Wenn ich mich der Hoffnung hingeben dürfte, dass ich einerseits durch meine Warnungen gegen Uebereifer und Ueberoperationen, andererseits durch mein Drängen auf gründliches Operieren der guten Sache genützt hätte, die mir am Herzen liegt, so würde ich gern bereit sein, mich auf Cato's Seite einschreiben zu lassen.

Anhang.

a) Brief an den Redakteur des „British Medical Journal“. Veröffentlicht am 23. November 1901.

Herr Redakteur!

Wenn jemand die von Ihnen sehr richtig als „äusserst unerfreulich“ bezeichnete Aufgabe unternimmt, Ausschreitungen blosszustellen, so muss er auf alle möglichen Einwendungen und Schmähungen gefasst sein. In Anbetracht der ausgedehnten Anwendung der Grundsätze, welche ich festgelegt zu sehen wünsche, des umfangreichen Gebiets, das meine Kritik einschliesst, der ernsten Natur einiger meiner Anklagen, wäre ich nicht überrascht gewesen, wenn die Existenz der von mir angegriffenen Uebel rundweg abgeleugnet, wenn ich selbst grober Uebertreibung beschuldigt, und die Lauterkeit meiner Motive angezweifelt worden wäre. Die erfreuliche Abwesenheit von Opposition dieser Art ermutigt mich zu der Hoffnung, dass der Zweck meiner Vorträge richtig aufgefasst worden ist. Wenn nach zwei Aufsätzen, welche eine Anzahl weitreichender Prinzipienfragen behandeln, keine gefährlichere Abwehr erfolgt, als eine schwächliche Bekrittelung einiger Detailfragen, so ist es, wie ich hoffe, nicht zu voreilig, den Schluss zu ziehen, dass die aufgestellten Behauptungen der Hauptsache nach berechtigt sein müssen.

Allerdings wird von dem ersten und dritten Ihrer Korrespondenten der Versuch gemacht, in gerade umgekehrter Richtung zu argumentieren. Sie bemühen sich nachzuweisen, dass ich einige Ungenauigkeiten in Detailfragen begangen habe, und geben mich auf Grund dieser vermeintlichen Ungenauigkeiten dem Spott Ihrer Leser preis. Wir werden sofort sehen, ob ich ungenau gewesen bin.

Ich beginne mit Mr. Arbuthnot Lane's Brief. Ehe ich auf seine Details eingehe, muss ich sagen, dass er im höchsten Grade unbefriedigend ist. Mr. Lane hatte sein gewöhnliches Geleise verlassen, um eine allerwärts übliche Operation für „unnötig, mangelhaft und unwissenschaftlich“ zu erklären. Seine Aeusserungen über die Frage haben — ich beeile mich einzuschieben, dass ich ganz sicher bin, dass dies ohne sein persönliches Verschulden geschehen ist — ihren Weg nicht nur in ein Laienjournal, sondern sogar in den Prospekt eines Unternehmens gefunden, das sein Prinzip kommerziell ausbeutet. Die Richtigkeit dieses Prinzips ist nunmehr formell von mir angefochten worden. Sicherlich hätte man hiernach eine wissenschaftliche Rechtfertigung seiner Ansichten aus Mr. Lane's Feder erwarten dürfen — oder vielmehr: er hätte eine solche geben müssen. Aber was finden wir? Alles, was Mr. Lane über diesen Kernpunkt zu sagen hat, ist dies: „Ich wünsche gegenwärtig nicht in eine weitere Diskussion über eine Frage einzutreten, welche durch Erfahrung, und allein durch solche entschieden werden muss“.

Das ist allerdings einfach genug, aber ich bin sicher, dass andere ebenso wie ich selbst fühlen werden, dass es sehr unbefriedigend ist. Wenn ein Mann eine nebelhafte Theorie konstruiert hat, bei deren Aufbau er sehr harte Worte gegen das allgemeine Vorgehen seiner Kollegen gebraucht hat, und wenn nunmehr ihrerseits die Richtigkeit seiner Theorie angezweifelt wird, so halte ich es, gelinde gesagt, für sehr bedauerlich, dass er auf Grund einer so lahmen Entschuldigung, wie der, dass die

Erfahrung allein die Entscheidung geben könne, es ablehnt, seine Ansichten zu verteidigen.

Statt dessen hat Mr. Lane es für gut befunden, meine wissenschaftlichen Einwendungen mit der Gegenbeschuldigung zu beantworten, dass ich Ungenauigkeiten hinsichtlich der Geschichte eines gewissen Falles begangen hätte — des Falles nämlich, den ich im Zusammenhange mit jenem Teil meines ersten Vortrages erzählt habe, der von den „Atemübungen" handelt, — und es dem Urteil Ihrer Leser zu überlassen, ob ich berechtigt sei, eine Behandlung „gestützt auf eine so trügerische Basis" zu verurteilen. Ich bin völlig bereit, ihm auf diesem Boden zur Rede zu stehen, obwohl ich wirklich nicht einsehen kann, dass meine wissenschaftlichen Einwendungen gegen seine Theorien erschüttert würden, selbst wenn ich mir in gutem Glauben eine unbedeutende Ungenauigkeit hinsichtlich der Geschichte eines erläuternden Falles hätte zu Schulden kommen lassen. Aber wo, so frage ich Mr. Lane nunmehr direkt, sind die Ungenauigkeiten zu finden, deren er mich beschuldigt? — In seiner Darstellung des Falles fügt er einige, mir früher unbekannt gebliebene Details hinzu, die, soweit ich zu urteilen vermag, für die in Rede stehende Frage absolut gleichgültig sind, gibt aber nicht ein einziges an, in dem ich die behauptete Ungenauigkeit begangen habe!

Ich hatte angegeben:

1. Dass das Kind stark entwickelte adenoide Vegetationen gehabt habe.
2. Dass der Hausarzt und ein hervorragender Chirurg eine Operation empfohlen hatten.
3. Dass eine andere Autorität — Mr. Lane sagt nunmehr, dass er selbst diese Autorität war — Atemübungen angeraten habe.
4. Dass letzterer Rat befolgt worden sei, und das Kind einen langen Kursus solcher Uebungen durchgemacht habe.
5. Dass es im Verlaufe derselben von einer Lungenentzündung betroffen worden sei, und dass seine Chancen durch die noch immer bestehende Unmöglichkeit durch die Nase zu atmen, schwer beeinträchtigt worden seien.
6. Dass ich konsultiert worden sei und den Rachenraum gestopft voll von adenoiden Vegetationen gefunden habe.
7. Dass dies Ergebnis von dem zuerst konsultierten Chirurgen bei der Operation bestätigt worden sei.

In welchem dieser, oder irgend welcher anderen Details, die in meiner Beschreibung zu finden, und welche von irgend welcher Bedeutung für die in Rede stehende Frage sind, bin ich ungenau gewesen? — Wenn Mr. Lane, wie ich voraussehe, kein solches namhaft machen kann, so hoffe ich bestimmt, dass er die Beschuldigung der Ungenauigkeit, die er es für angemessen befunden hat, gegen mich zu erheben, zurückziehen wird. Solche von ihm nunmehr gemachte Zusätze wie der, dass er „wenig oder keine Besserung" gefunden habe, während das Kind noch unter Behandlung mittels Atemübungen war; dass dieser Mangel an Erfolg „offenbar durch Unterlassung, die gegebenen Instruktionen auszuführen, bedingt war; und dass er an den Vater der Patientin in diesem Sinne geschrieben habe — sind ganz schön, um den Misserfolg zu entschuldigen; sie berechtigen aber weder Mr. Lane, mich der Ungenauigkeit anzuklagen, noch ändern sie um eines Haares Breite die Tatsache, dass

der Nasenrachenraum eines Kindes, das zwei Monate hindurch zu dem speziellen Zwecke, seine adenoiden Vegetationen zum Verschwinden zu bringen, von einer berufsmässigen Masseuse, die sich selbst als eine Hauptrepräsentantin von Mr. Lane's Theorien ausgibt, behandelt worden war, nach Ablauf dieser Zeit von zwei unabhängigen Beobachtern gestopft voll von adenoiden Vegetationen gefunden wurde. Sapienti sat! —

An nächster Stelle komme ich zu Dr. A. E. Price's ritterlichem*) Briefe. Ich wünsche mit aller denkbaren Achtung von seiner Erfahrung zu sprechen, aber ich muss darauf aufmerksam machen, dass er auch nicht den Schatten eines Beweises dafür vorgebracht hat, dass es sich in seinen Fällen um tatsächliche Hyperplasie der Rachenmandel handelte, und dass diese Hyperplasie durch Atemübungen geheilt wurde. Das aber ist der wirkliche Kernpunkt der Frage. Ich habe weder „Routine"-behandlung der adenoiden Vegetationen empfohlen, noch den allgemeinen Wert von Atemübungen bestritten. In beiden Beziehungen ist das direkte Gegenteil in meinem ersten Vortrage gesagt worden. Aber ich habe ausführlich den wichtigen Unterschied zwischen organisierter Hypertrophie und temporärer entzündlicher Schwellung des adenoiden Gewebes auseinandergesetzt, und habe den anscheinenden Erfolg der Atemübungen in einer gewissen Anzahl von Fällen durch die Häufigkeit solcher entzündlichen Anfälle erklärt. Dr. Price, der selbst seine Erfahrung für eine beschränkte erklärt, geht auf diesen überaus wichtigen Punkt ganz und gar nicht ein, und ich muss daher höflich ablehnen, seine Angaben als einen Beweis gegen meine Ausführungen anzunehmen.

Schliesslich erscheint der ununterdrückbare Mr. Lennox Browne auf der Bildfläche. Ich muss gestehen, ich konnte ein Lächeln nicht unterdrücken, als ich seine Unterschrift sah. Im Laufe meiner recht beträchtlichen Erfahrung in Kontroversen mit Mr. Browne habe ich ausnahmslos gefunden, dass er ein sehr gefährlicher Advokat ist, — gefährlich, meine ich, für die Sache, die er verficht. Er ähnelt den französischen Legitimisten, von denen es heisst, dass sie während ihres langen Exils „nichts gelernt und nichts vergessen hätten". Mr. Browne kann, wenn immer er sich Hals über Kopf in eine Kontroverse stürzt, seine alten Kunstgriffe nicht vergessen: die klare Meinung seines Gegners durch Hineinzerrung von Dingen, die absolut keinen Zusammenhang mit der in Rede stehenden Frage haben, und durch Verschleierung des wirklichen Streitpunkts in einer Wolke von Worten zu entstellen, und er hat aus bitterer und oft wiederholter Erfahrung nicht gelernt, dass er durch Verwendung dieser Methoden am Ende unweigerlich sich und die Sache schädigt, zu deren Anwalt er sich macht. Seine gewöhnliche Taktik charakterisiert auch seinen nunmehr vorliegenden Brief, und er hat es äusserst leicht gemacht, dieselbe blosszustellen; ehe ich aber dieser nicht eben angenehmen Aufgabe näher trete, muss ich sagen, dass mein oben erwähntes Lächeln sich in ein behagliches Schmunzeln verwandelte, als ich dem Ende seiner Tirade nahe kam und dort fand, dass Mr. Browne mir eine feierliche Strafpredigt über die Notwendigkeit hält, meine literarischen Bezugnahmen sicher zu stellen". Ich möchte wohl wissen, ob Mr. Browne je von den „Gracchi de seditione quaerentes" gehört hat? —

Es sind kaum sieben Jahre verflossen, seitdem, wie alle Leser des „Glasgow Medical Journal", der „Lancet" und des „New York Medical Journal" wissen, Mr.

*) Dr. Price, ein ehemaliger Schüler Mr. Lane's, trat für seinen Lehrer in die Schranken.

Browne infolge gewisser Freiheiten, die er sich mit literarischen Bezugnahmen erlaubt hatte, in sehr gefährliche Untiefen geriet*), und dass gerade er sich nunmehr für berufen halten sollte, im Talar eines Predigers literarischer Ethik einen Ausfall zu tun, ist, fürchte ich, übel beraten. Ich werde ihm wiederum sofort zeigen, — er sollte sich erinnert haben, dass ich dies bei früherer Gelegenheit öfters getan habe, — dass ich tatsächlich die unangenehme Gewohnheit habe, meine Bezugnahmen sicher zu stellen.

Zu diesem Zwecke sei es mir gestattet, die natürliche Reihenfolge der Dinge etwas umzukehren, und mit einer Analyse des zweiten Teils seines Postscriptums zu beginnen. In diesem verteidigt sich Mr. Browne gegen den möglichen Einwand, dass er nur einer meiner Illustrationen von operativer Zügellosigkeit entgegengetreten sei, und versichert uns, dass er „einfach die erste gewählt habe, weil es die erste war". Allerdings sehr einfach! Beinahe zu einfach für jedermann, der mit Mr. Browne's Kampfmethoden vertraut ist, um nicht zu argwöhnen, dass vielleicht schliesslich doch ein besonderer Grund für seine äusserst ungewöhnliche Selbstbeschränkung vorliegt. Sehen wir zu.

In dem inkriminierten Paragraphen[1]) hatte ich gesagt, dass es der komischste Teil der ganzen Affaire sei, dass fast jeder einzige der Brüderschaft der Heissporne eine ihm eigentümliche Lieblingsoperation besitze, zu der er anscheinend unter allen Umständen seine Zuflucht nehme, und dass ich gestehen müsse, ich könne mich nicht schwerer Bedenken erwehren, wenn ich angegeben sähe, dass Dr. X. mehr als 500 Highmorshöhlen innerhalb verhältnismässig weniger Jahre eröffnet habe; dass Dr. Y. es für notwendig fände, die Nasensäge „beinahe täglich" anzuwenden, und dass Dr. Z. „variköse Venen" auf dem Zungengrunde oder im Rachen bei jedem dritten oder vierten Patienten entdecke, die seiner Meinung nach die Applikation des Galvanokauters bei einer anscheinend beträchtlichen Anzahl derselben notwendig machten."

Mr. Browne bemängelt die „Unbestimmtheit dieser Anklagen"; der Vortragende hat es „angegeben gesehen"; er hat keine persönliche Kenntnis, sondern nur, „was der Polizist keine Zeugenaussage nennt". Ein vortreffliches Beispiel, dies, von Mr. Browne's Methode, den klaren Sinn seines Gegners zu entstellen! — Ich mag „nur ein armer Ausländer" sein, ein Umstand, den Mr. Browne, wenn er mich bekämpft, nur selten unterlässt, seinen Lesern zu Gemüt zu führen, aber ich gebe anheim, dass ich ein leidlich klares, literarisches Englisch schreibe, und ich bin so frei zu glauben, dass, wenn ich sage: „ich sehe es angegeben", jeder Leser, der nicht von Mr. Browne's blinder Erbitterung gegen mich beseelt ist, diesen Ausdruck in seinem einzig natürlichen Sinne auslegen wird, nämlich in dem, dass der Autor die fraglichen Angaben in den eigenen Schriften der Männer gesehen habe, gegen deren Tendenzen seine Bemerkungen sich richten! —

Und nun werde ich zeigen, dass diese natürliche Auslegung die richtige ist, und dass ich tatsächlich meine „Bezugnahmen sicher gestellt" habe. Aber während

---

*) Mr. Browne hatte in mehreren, zwischen Anführungszeichen gesetzten wörtlichen Zitaten aus Newman's und meinen Schriften kaltblütig einige eigene Worte statt der von uns gebrauchten substituiert, und dadurch unseren klaren Sinn in sein direktes Gegenteil umgewandelt! — Wir remonstrierten natürlich, und die Herausgeber der genannten Journale sprachen in redaktionellen Zusätzen zu unseren Beschwerden ihre entschiedene Missbilligung von Mr. Browne's Vorgehen aus.

1) British Medical Journal 1901. Zweite Hälfte. p. 1315, erste Spalte.

ich Mr. Browne's Bescheidenheit, die ihn veranlasst, nur der ersten meiner Illustrationen zu widersprechen, voll zu schätzen weiss, muss er mir erlauben, grossmütig zu sein, und ihm ein Geschenk mit den Belegen für sämtliche Illustrationen zu machen, die in dem Satze enthalten sind, der in solchem Grade seine Heiterkeit erregt hat.

Also: Der Dr. X. meines Satzes steht für Dr. Ziem, der in meiner eigenen Geburtsstadt Danzig praktiziert, welche Mr. Browne's Information zufolge eine Bevölkerung von etwa 60 000 Seelen hat. In seiner ersten statistischen Arbeit über die Frage, welche im März 1886 veröffentlicht wurde[1]), sprach Ziem von 34 bis dahin von ihm ausgeführten Antrumoperationen. In einer zweiten, im April 1888 publizierten Arbeit[2]) gibt er an, dass er das Antrum in nicht weniger als 227 Fällen eröffnet habe. Es folgt hieraus, dass er in nicht weniger als 190 Fällen innerhalb zweier Jahre operiert haben muss! — Selbst wenn, wie ich glaube, die Bevölkerung von Danzig weit näher an 100 0000 als an 60 000 ist, so ist das Verhältnis sicherlich ein erstaunliches, besonders in Anbetracht des Umstandes, dass Dr. Ziem durchaus nicht der einzige dortige Spezialist für Hals- und Nasenleiden ist. — Im Juli 1895 wurde bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British Laryngological, Rhinological and Otological Association eine von Dr. Ziem speziell für diese Gelegenheit verfasste Arbeit vorgelegt[3]) in welcher der Verfasser wörtlich sagt: ..... „Meine Erfahrung ist hauptsächlich auf Eiterung im Sinus maxillaris beschränkt, welche Höhle ich über 500 Male eröffnet habe".

Der Dr. Y. meines Satzes ist Dr. Bosworth in New York, der in seinem „Treatise of Diseases of the Nose and Throat" 1889, vol. I, p. 303, wörtlich sagt: „Als ich zuerst dieses Instrument (nämlich die von ihm erfundene Nasensäge) bekannt gab[4]), berichtete ich über eine Reihe von 166 Fällen. Seitdem habe ich fast täglich Gebrauch von ihm gemacht, und betrachte es als das bei weitem beste Mittel, das wir zur Beseitigung dieser Obstruktionen besitzen."

Der Dr. Z. meines Satzes ist Mr. Lennox Browne selbst! — Dieser unbedeutende Umstand dürfte vielleicht die oben erwähnte ungewöhnliche Selbstbeschränkung erklären, welche ihn veranlasst hat, nur meine erste Illustration anzufechten. Im „Liverpool Medico-Chirurgical Journal" vom Januar 1896, p. 15, fährt er nachdem er beklagt hat, dass die Statistik seines eigenen Hospitals, wahrscheinlich infolge des Mangels an Enthusiasmus einiger seiner Kollegen, kaum das gehörige Frequenzverhältnis des „Zungenvarix" aufzeige, wörtlich fort: „Wie dem aber auch sein möge, die Zahlen meiner Privatpraxis zeigen jedenfalls eine weit grössere Häufigkeit. Denn ich finde nicht weniger als 438 Fälle von Zungenvarix in einer Gesamtzahl von 1547 Patienten, die ich innerhalb dreier Jahre — 1893 bis 1895 inklusive — an Hals- und Nasenkrankheiten behandelt habe, eine Proportion von 28,3pCt." Und weiterhin, auf Seite 25, sagt er wörtlich: „Zur Zerstörung der varikösen Venen verwende ich ausnahmslos den spitzen Galvanokauter, nachdem die Teile mittels einer 10 prozentigen Cocainlösung empfindungslos gemacht sind". Ich konnte in dem Abschnitt über „Behandlung" keine Angabe finden, ob diese Zerstörung mittels des

1) Monatsschrift für Ohrenheilkunde. März 1886. S. 79, 80.
2) Therapeutische Monatshefte. April 1888. No. 4.
3) The Journal of Laryngology. Oktober 1895. p. 725.
4) New York Medical Record. 29. Januar 1887.

Galvanokauters ausnahmslos notwendig sei, und drückte mich daher reserviert über diesen Punkt aus.

Hiermit hoffe ich meine „Bezugnahmen“ zu Mr. Browne's völliger Befriedigung „sichergestellt“ zu haben.

Die einzigen, soweit ich sehen kann, wirklich zur Sache gehörigen Bemerkungen in Mr. Browne's Briefe betreffen seine Verteidigung der Berechtigung häufiger Antrumoperationen, weil Eiter in dieser Höhle won zuverlässigen Beobachtern in einer überraschend grossen Anzahl von Obduktionen gefunden worden sei.

Das Missverhältnis zwischen der Häufigkeit von Empyem des Sinus maxillaris, wie sie während des Lebens beobachtet und wie sie nach dem Tode gefunden wird, ist in der Tat äusserst auffallend. Während so vorzügliche Beobachter, wie Chiari in Wien und Lichtwitz in Bordeaux unabhängig von einander zu demselben Ergebnis gelangen, nämlich, dass Empyem sämtlicher Nebenhöhlen der Nase zusammengenommen nur etwa 2pCt. ihrer grossen und exklusiv spezialistischen Praxis bilde, beträgt die Frequenz dieser Affektionen, wie sie auf dem Leichentische nach dem Tode an allen möglichen Affektionen von E. Fränkel, Harke, Wertheim und anderen gefunden worden ist, zwischen 30 und 40pCt. oder selbst noch mehr[1]). Der logische Schluss hieraus ist natürlich der, dass unser klinisches Wissen über diese Affektionen noch sehr unvollkommen ist, und Mr. Browne wird hieraus ohne Zweifel folgern, dass ein Mann, der mehr als 500 Antra innerhalb verhältnismässig weniger Jahre eröffnet, ein Pionier besserer Kenntnis sei — ein Verdienst, welches ich der letzte bin, wie ich nachdrücklich hervorzuheben wünsche, Ziem abzusprechen, dem wir in der Tat für seine enthusiastische Tätigkeit auf dem Gebiet des Empyems der Highmorshöhle zu grossem Danke verpflichtet sind — und dass man ihm nacheifern, nicht ihn angreifen solle. Aber Mr. Browne hat, unglücklicherweise für ihn selbst, seine ganze Sache durch eines seiner eigenen Zitate zu nichte gemacht. Er erzählt uns, dass E. Fränkel Autopsieen an 146 Kranken vorgenommen habe, die im Hamburger Krankenhause verstorben seien, und bei denen man Sinusitis gefunden habe: „In nicht einem einzigen dieser Fälle war dieser Zustand während des Lebens erkannt worden.“

Nun, warum war dieser Zustand nicht während des Lebens erkannt worden? — Unsere Hamburger Kollegen sind sicherlich eben so gut im Stande, wie irgend welche Aerzte in der ganzen Welt, ein Antrumempyem zu entdecken, wenn dasselbe irgend welche störenden Symptome macht; offenbar aber war die Sachlage die, dass Symptome während des Lebens entweder völlig gefehlt hatten, oder so leicht und so vorübergehend gewesen waren, dass keine Behandlung erforderlich war.

Und dies bringt uns zu dem Hauptargument meiner Vorträge und zu der allgemeinen Frage zurück: Wann ist eine Operation in diesen Fällen indiziert? Ich kann sicherlich, nachdem ich, wie ich dies wiederholt getan habe, die bessere Erkenntnis und Behandlung der Empyeme der Nebenhöhlen der Nase als eine der erfreulichsten und wichtigsten Errungenschaften der modernen Rhinologie gepriesen habe, nicht als ein

---

1) Rücksichten auf den Raum verbieten mir, ausführlicher auf diese wichtige Frage einzugehen. Diejenigen, welche eingehendere Information wünschen, seien auf die interessanten Arbeiten von Lichtwitz (Annales des Maladies de l'Oreille No. 11, 1899) und von Wertheim (Archiv für Laryngologie Bd. XI, Heft 2, 1900) verwiesen.

„zurückgebliebener Konservativer" mit Bezug auf diese Affektionen beargwohnt werden, und tatsächlich empfehle ich diese Operationen durchschnittlich, sollte ich sagen, jährlich bei etwa 1—2 pCt. meiner Patienten. Aber ich halte durchaus aufrecht, dass „keine sofortige Radikaloperation mit Notwendigkeit indiziert ist, wenn ein Tropfen Eiter im mittleren Nasengang gesehen wird", und während es mir gänzlich fernliegt, seine Integrität in Zweifel zu ziehen, bekenne ich mich zu ernsten Bedenken hinsichtlich der Unerlässlichkeit aller seiner Operationen, wenn ich lese, dass ein enthusiastischer Chirurg, der in einer Provinzialstadt mittlerer Grösse praktiziert, es für notwendig befunden hat, im Laufe verhältnismässig weniger Jahre eine Anzahl von Kranken einer und derselben Operation zu unterwerfen, die einfach enorm im Verhältnis zu der Grösse der Stadt, in der er lebt, und zu der Zahl von Fällen ist, in denen dieselbe Operation von der Mehrzahl seiner Spezialkollegen erforderlich gefunden wird.

Die eben über die Grösse der Stadt gemachte Bemerkung bringt mich zu Mr. Browne's naiver Frage, ob es unvernünftig sei, dass ein Halsspezialist in einer Stadt von 5 000 000 (fünf Millionen) Einwohnern, mit einem grossen provinziellen Umkreis, vorausgesetzt, dass er eine Hospitalanstellung habe, jährlich auf Grundlage von Mr. Browne's Tatsachen während einer Periode von fünf Jahren etwa einen von je 50 000 der Bevölkerung antreffen könne, der an Antrumempyem leide, welches eine Operation erfordere? — Meine Antwort ist: jawohl, das ist unvernünftig, denn es setzt voraus, dass jeder einzige Patient, der in dieser Stadt von 5 000 000 (fünf Millionen) Einwohnern lebt und an Antrumempyem leidet, bei diesem einen Halsspezialisten Hilfe sucht. Ich halte dies für eine widersinnige Voraussetzung, selbst wenn der Spezialist eine Hospitalanstellung haben sollte.

Ich denke, ich habe nunmehr Mr. Browne's Einwendungen in allen wesentlichen Punkten beantwortet, denn ich bin nicht der Ansicht, dass sein völlig unberechtigtes Hineinzerren der verehrten Namen von Lister, Paget und Fergusson in diese Diskussion eine Antwort verdient. Dasselbe ist nur ein weiteres Beispiel seiner kontroversiellen Taktik.

Mr. Browne versichert uns in seinem Postscriptum, dass er nicht die Absicht hege, diese Korrespondenz fortzusetzen. Ich hege ernste Zweifel, ob er dieser löblichen Absicht treu bleiben wird*). Sollte er es schliesslich doch für wünschenswert finden, einige weitere Einwendungen gegen meine Behauptungen zu erheben, so stehe ich ganz zu seinen Diensten.

Ehe ich diesen Brief abschliesse, hoffe ich, Herr Redakteur, dass Sie mir gestatten werden, ein sehr unabsichtlich begangenes Versäumnis gut zu machen. In meinem ersten Vortrag sagte ich: „Ich bin überzeugt, dass schon früher ein Protest aus ihrer Mitte (nämlich aus der Mitte der grossen Zahl der gemässigten Laryngologen und Rhinologen) gegen den von ihnen selbst erkannten Uebereifer erhoben worden wäre, hätten nicht dieselben leicht verständlichen persönlichen Erwägungen, welche mich lange Zeit verhindert haben, offen mit der Sprache herauszugehen, auch ihre Zungen und Federn mit einer einzigen Ausnahme, auf die ich weiterhin zurückkommen werde, gefesselt."

---

*) Er blieb es nicht und erhielt von neuem die verdiente Abfuhr. Vgl. die weitere Korrespondenz. Brit. Med. Journal. 1901.

Ich bekenne, dass, als ich diese Zeilen schrieb, ich nur an den direkten Protest dachte, den Mr. Herbert Tilley in einer ad hoc im Jahre 1896 geschriebenen Publikation gegen die Missbräuche erhoben hatte, die mit dem „Zungenvarix" genannten Hirngespinst getrieben wurden. Meine Aufmerksamkeit ist aber auf die Tatsache gelenkt worden, dass ich den, den meinigen völlig analogen Ansichten, die mein Freund, Dr. P. Mc Bride, schon im Jahre 1891 in kräftiger Sprache in seinem Lehrbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten ausgedrückt und seither jedesmal wiederholt hat, wenn eine neue Auflage dieses vortrefflichen Werkes notwendig geworden ist — keine Gerechtigkeit habe widerfahren lassen. Als Zeichen meines aufrichtigen Bedauerns über diese Unterlassung erlauben Sie mir wohl, einige der wichtigsten seiner Aeusserungen zu zitieren und meiner grossen Freude darüber Ausdruck zu verleihen, dass ich mich in so völligem Einverständnis mit einem der mit Recht höchstgeschätzten britischen Laryngologen und Otologen finde.

Dr. Mc Bride sagt folgendes:

„Während wir als Rhinologen wissen, was eine normale Nase sein sollte, kennen wir nicht den genauen Grad der Abweichung von der Normalen, welcher, ohne Unbequemlichkeit zu veranlassen, in einem gegebenen Falle bestehen kann. So wage ich zu sagen, dass, wenn 100 Personen, die keine Klage über irgendwelche auf die Nase zurückzuführende Beschwerden vorbringen, untersucht würden, Abnormitäten in einer sehr bedeutenden Proportion gefunden werden würden. Mehr oder weniger Schleimhauthypertrophie und Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand dürfen, während die Menschen beschaffen sind, wie sie es einmal sind, und nicht, wie sie es nach den Ansichten des Rhinologen sein sollten, kaum als pathologische Zustände betrachtet werden. In meiner eigenen Praxis unterziehe ich solche Zustände nur dann der Erwägung und behandle sie, wenn sie Unbequemlichkeiten verursachen[1])."

„Die Rhinologie hat in letzter Zeit schnelle Fortschritte gemacht und die operative Rhinologie hat viel für das Gute der Menschheit geleistet. Sie hat aber auch einiges zu den Leiden des Menschengeschlechts beigetragen. Als jemand, der seit mehr als einer Dekade mit einem beträchtlichen klinischen Material zu seiner Verfügung Rhinologie studiert hat, weiss ich, was die ideale Normalnase sein sollte. Als ein Ohrenarzt, der in den meisten Fällen die Nase selbst untersucht, weiss ich ebenfalls sehr wohl, wie weit dieses Organ von dem gesunden Zustande abweichen kann, wenn eine normale Nasenschleimhaut durch den Gebrauch dieses Ausdrucks bezeichnet wird, ohne irgendwelche auf diesen Teil bezüglichen Symptome zu veranlassen. Ich möchte daher behaupten, dass wir gegenwärtig als normal ein Ideal bezeichnen, das nicht oft angetroffen wird. In der Tat, wenn 10 Personen, welche in Beantwortung direkter Fragen positiv angeben, dass sie in keiner Weise durch Symptome belästigt sind, welche auf die Nase bezogen werden könnten, untersucht werden, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass mehr als die Hälfte solche Zeichen von Krankheit, wie z. B. Septumleisten, Verdickung der Muschelschleimhaut usw., aufweisen wird, wie sie zur Empfehlung ernster operativer Massregeln seitens vieler Rhinologen führen würde, wenn letztere tatsächlich das ausüben, wofür sie eintreten. Dieser excessive Opera-

1) Diseases of the Throat, Nose and Ear. 1. Edit. 1891. p. 227 u. 228.

tionseifer scheint mir eine grosse Gefahr zu bilden, die sowohl den Ruf des ganzen ärztlichen Standes, wie besonders den der Rhinologie bedroht[1]).“

„Es ist allgemein eine stillschweigende Lehre der modernen Otologie gewesen, dass jede obstruierende Nasenkrankheit Obstruktion der Tuba Eustachii oder Luftverdünnung in der Paukenhöhle zur Folge haben kann. Bis zu einem gewissen Grade ist das allerdings richtig; wird es aber logischerweise bis zur Vornahme energischer Operationen in allen Fällen fortgesetzt, so wird es aller Wahrscheinlichkeit darin enden, die Otologie zu diskreditieren[2]).“

„Ich habe einigen Nachdruck auf diesen Punkt gelegt, weil einige Ohrenärzte und Rhinologen anscheinend unter dem Eindruck stehen, dass fibroide Veränderungen im Mittelohr durch Operationen in den Nasenwegen zum Verschwinden gebracht werden können[3]).“

Ich verbleibe usw.

Wimpole Street. W., 18. November 1901. Felix Semon.

---

b) Brief an den Redakteur des „British Medical Journal“. Veröffentlicht am 11. Januar 1902.

Herr Redakteur!

Als die Hauptergebnisse der Diskussion, welche sich an die Veröffentlichung meiner Vorträge über „Die Grundsätze der Lokalbehandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege“ angeschlossen hat, betrachte ich folgende:

1. Die Diskussion hat es dem ärztlichen Stande ermöglicht, sich ein eigenes Urteil über die Berechtigung oder Nichtberechtigung meiner Angaben zu bilden.

2. Sie hat gezeigt, dass die von mir ausgedrückten Ansichten von einer Anzahl hervorragender Spezialisten in allen Teilen des Landes geteilt werden.

3. Sie hat eine offene Auflehnung der Ohrenärzte gegen die Anmassungen des modernen Rhinologen zuwege gebracht.

4. Sie hat erwiesen, dass es keine wissenschaftliche Verteidigung für die Behandlung echter adenoider Vegetationen mittels „Atemübungen“ gibt.

5. Sie hat nicht ein einziges gesundes wissenschaftliches Argument gegen die in meinen Vorträgen proponierten Grundsätze zutage gefördert.

Von diesen Ergebnissen betrachte ich das erste als das wichtigste. Die Entwicklung der Laryngologie, Rhinologie und Otologie hat sich während der letzten 10 bis 12 Jahre fast ausschliesslich in Spezialgesellschaften und Spezialjournalen vollzogen, und zwar nicht nur hierzulande, sondern tatsächlich allerwärts. Dass dies System gewisse wichtige Vorteile mit sich bringt, will ich gewiss nicht leugnen. Der Spezialist, der seine Erfahrungen in einer seiner Spezialität gewidmeten Zeitschrift veröffentlicht, sichert ihnen dadurch einen viel ausgedehnteren und mehr internationalen Kreis sachverständiger Leser, als wenn seine Publikation in einem allgemeinen medizinischen

1) Ibidem. p. 265 u. 266.
2) Ibidem. p. 566.
3) Ibidem. S. 567 u. 568.

Journal veröffentlicht worden wäre. Unter den Vorteilen einer Spezialgesellschaft sind folgende: sie bringt gewöhnlich, wenn auch leider nicht immer, einen gewissen „Esprit de corps" zustande; sie ermöglicht es ihren Mitgliedern, die persönliche Bekanntschaft ihrer Spezialkollegen zu machen, und fördert einen direkten Meinungsaustausch unter ihnen; sie bietet die Gelegenheit, in zweifelhaften und schwierigen Fällen die Ansichten und den Rat einer grossen Anzahl von Sachverständigen zu ermitteln; und vor allem, sie erhält der Wissenschaft Berichte über zahlreiche interessante Fälle, welche ohne ihre Existenz aller Wahrscheinlichkeit nach einfach verloren gehen würden. — Diese Vorteile sind so augenscheinlich und so gross, dass sie mich vor etwa 10 Jahren bewogen, selbst den Anstoss zur Gründung einer Spezialgesellschaft: der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, zu geben.

Aber schon damals verhehlte ich mir weder noch unterschätzte ich die eine grosse Gefahr, welche sehr möglicherweise alle von ausschliesslich spezialistischen Journalen und Vereinigungen gebotenen Vorteile mehr als aufzuwiegen vermag: die Gefahr der Isolierung der Spezialität! Keine wahreren Worte sind je gesprochen worden, als die meines grossen Lehrers Virchow, als er in der Adresse, die er in der Jubiläumssitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 28. Oktober 1885 sagte: „Es hat sich unter uns das grosse Heer der Spezialitäten entwickelt, und es würde vergeblich sein, jedenfalls unfruchtbar, diesem Streben entgegenzutreten; aber ich glaube doch, es hier aussprechen zu sollen, und ich hoffe, Ihrer aller Beifall sicher zu sein, wenn ich sage, dass keine Spezialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesamtkörper der Wissenschaft, dass keine Spezialität wirksam und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer von neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Spezialitäten, wenn sie alle gegenseitig sich helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht nötig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen — und ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht."

Um jene Isolation, vor der Virchow so richtig warnt, zu verhüten, bestand ich darauf, als die Gesetze unserer neuen Gesellschaft beraten wurden, und setzte dies auch durch, dass bei ihren Zusammenkünften keine vorher präparierten Aufsätze verlesen, sondern nur Fälle demonstriert werden sollten. Mittels der Aufnahme dieser Klausel hoffte ich 1) den allgemeinen medizinischen Gesellschaften laryngologische und rhinologische Beiträge von mehr als rein spezialistischem Interesse zuzuwenden, 2) das Interesse der Allgemeinheit der Aerzte an dem wissenschaftlichen Fortschritt der Laryngologie und Rhinologie wachzuhalten, 3) uns Spezialisten in lebendiger Berührung mit der allgemeinen Medizin zu belassen.

Ich bedauere tief, eingestehen zu müssen, dass meine Hoffnungen nur in sehr unvollkommenem Grade in Erfüllung gegangen sind. Es ist eine unbestreitbare Tatsache, dass innerhalb der letzten 8—10 Jahre nur sehr, sehr wenige Vorträge von laryngologischem oder rhinologischem Interesse den Londoner allgemeinen medizinischen Gesellschaften unterbreitet worden sind, und dass sich die Zahl der in englischen allgemeinen Journalen publizierten, wichtigeren laryngologischen und rhinologischen Arbeiten sehr bedenklich verringert hat.

Die Folgen einer solchen, wenn auch ganz unbeabsichtigten Isolation einer Spezialität zeigen sich natürlich nicht sofort; nach einiger Zeit aber machen sie sich

unvermeidlich fühlbar. Der ärztliche Stand verliert das geringe Interesse, welches er überhaupt an der Entwicklung des Spezialzweiges genommen hat, und die Spezialisten selbst, die unvermerkt die Berührung mit der allgemeinen Medizin verlieren, werden allmählich immer geneigter, ihre Urteilskraft durch ihre geistige Konzentration auf eine einzige Idee ablenken zu lassen. Auf Grund einer einzigen oder einiger weniger gelegentlicher Beobachtungen konstruieren die enthusiastischeren oder fanatischeren unter ihnen eine Theorie, und überreden sich selbst bald, dass diese eine Tatsache sei. Auf dieser unsicheren und ungesunden Basis werden neue — noch übertriebenere — Theorien aufgebaut, und binnen weniger Monate oder höchstens Jahre werden phantastische Lehren entwickelt, welche mit einem Dogmatismus und einem Grade von Zuversichtlichkeit gepredigt werden, der mehr als genügt, um Aussenstehende glauben zu machen, dass eine wirklich grosse Wahrheit entdeckt worden sei, die als ein Evangelium angenommen werden müsse. Was sind die verschiedenen Auswüchse, die ich in meinen Vorträgen bekämpft habe, anders, als konkrete Illustrationen der Wirklichkeit der Entwicklungskette, die ich soeben skizziert habe? — Der ärztliche Stand hat nunmehr eine Gelgenheit gehabt, wie sie ihm, dank der freiwilligen Isolierung der Laryngologie und Rhinologie seit vielen Jahren nicht mehr dargeboten worden ist, sich selbst eine Meinung über diese Dinge zu bilden, und ich habe guten Grund zu dem Glauben, dass er diese Gelegenheit willkommen geheissen hat.

2. Ein äusserst wertvoller Grundzug der Diskussion ist die edelmütige Unterstützung gewesen, die meinen Ansichten seitens der Spezialisten in verschiedenen Teilen des Landes zugewandt worden ist. Sie hat gezeigt, dass die in meinen Vorträgen gemachten Angaben nicht die Eindrücke eines vereinzelten und möglicherweise voreingenommenen Individuums darstellen, sondern dass ich nur demjenigen in Worten Ausdruck verliehen habe, was andere seit langem gefühlt haben. Die Kontroverse hat sich in der Tat zu einer regelmässigen Schlacht zwischen den gemässigten und den radikalen Fraktionen der Spezialisten entwickelt und hat das gerechtfertigt, was ich in meinem ersten Vortrag gesagt habe, nämlich, dass die stetig im Wachsen begriffene Abneigung gegen lokale Uebertätigkeit in diesem Gebiete der Medizin „von niemandem lebhafter geteilt wird, als von der grossen Anzahl gemässigter Rhino-Laryngologen, die der Natur ihres Berufes nach wahrscheinlich mehr Gelegenheit haben zu sehen, was wirklich vorgeht, und die darüber um so mehr aufgebracht sind, als ihre ganze Spezialität für die exzessive Tätigkeit ihres radikalen Flügels verantwortlich gemacht wird".

3. Von grösster Wichtigkeit in dieser Beziehung ist das, was ich oben als „die Auflehnung der Ohrenärzte gegen die Anmassungen des modernen Rhinologen" bezeichnet habe.

Persönlich sehe ich in dieser Tatsache einen der wesentlichsten Gewinne aus dieser Diskussion. Dass die Anmassungen des modernen Rhinologen hinsichtlich des behaupteten Einflusses selbst geringerer Grade von Verengerung der Nase auf die Affektionen des Rachens, Kehlkopfes und der unteren Luftwege unbegründet und unhaltbar sind, hoffe ich mit genügender Klarheit in meinen Vorträgen nachgewiesen zu haben; da ich aber selbst kein Ohrenarzt bin, so war sachverständige Unterstützung hinsichtlich des otologischen Teiles meiner Behauptungen äusserst wünschenswert, und ich freue mich, dass sie mir so reichlich und so unzweideutig zuteil geworden ist. Während ich jedem einzelnen der Otologen meinen Dank ausspreche, welche meine

Behauptung: „dass es unverständlich sei, wie man glauben könne, dass ein geringer Grad von Verengerung der Nase, besonders wenn dieselbe einseitig sei, jenen unheilvollen Einfluss auf die Ventilation des Mittelohrs ausüben solle, den ich ihr so oft zugeschrieben sähe“, — fühle ich, dass ich keine Ungerechtigkeit begehe, wenn ich noch einmal die Aufmerksamkeit ganz besonders auf den wichtigen Brief von Dr. M'Bride lenke, der im „British Medical Journal“ vom 14. Dezember 1901 veröffentlicht worden ist. Persönlich habe ich stets den starken Eindruck gehabt, wenn Patienten zu mir kamen, um meine Meinung darüber einzuholen, ob es wahrscheinlich sei, dass die Entfernung einer Septumleiste oder eine ähnliche intranasale Operation einen günstigen Einfluss auf eine offenbare Labyrintherkrankung haben würde, dass die enthusiastischen Rhinologen, die eine solche Operation empfohlen hatten, „nur eine äusserst elementare Kenntnis bezüglich der Diagnose und Prognose von Ohrenleiden besitzen könnten“. Aber es wird den Kollegen ebenso nützlich sein, wie es mir ist, zu wissen, dass dieser Eindruck von einem Otologen geteilt wird, dessen Kompetenz, in dieser Sache mitzusprechen, von niemandem bestritten werden wird. Auch ist es in diesem Zusammenhange nicht wenig bemerkenswert, dass Dr. M'Bride's sorgfältig tabellierte Herausforderung derjenigen, welche ihr Vertrauen darin setzen, die Nasenwege zu attackieren, um Taubheit zu heilen, unbeantwortet geblieben ist. Der ärztliche Stand ist nunmehr in der Lage, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob seine Befürchtung: „dass wir zu dem Schlusse gelangen müssen, dass eine grosse Anzahl von Nasenoperationen resultatlos ausgeführt worden ist, und dass wir ohne Ungerechtigkeit des Glaubens sein dürfen, dass die Fürsprecher solcher für anderweitig unheilbare Krankheiten jeder Berechtigung bar sind“ — begründet ist oder nicht.

Ehe ich diesen Teil meines Resumé's abschliesse, möchte ich aber, um jedem denkbaren Missverständnis vorzubeugen, noch einmal sagen, dass mir, während ich Einspruch gegen die Anmassungen einiger moderner Rhinologen erhebe, nichts ferner liegt, als die Errungenschaften der modernen Rhinologie zu verkleinern. Der Fortschritt unserer Wissenschaft bezüglich der Krankheiten der Nase ist vielmehr im Laufe der letzten fünfzehn Jahre ein sehr bedeutender gewesen. Wir haben gelernt, dass eine gewisse Anzahl von Reflexneurosen von der Nase ausgehen kann; unsere Operationstechnik bei Nasenleiden hat sich beträchtlich verbessert; die Histologie und Pathologie der Neubildungen in der Nase ist revidiert, und in gewissen Beziehungen reformiert worden; wir haben wertvolle Bereicherungen unseres Wissens über Nasentuberkulose, über Diphtherie der Nase, über die Mikroorganismen, die in ihr während gesunder und krankhafter Zustände angetroffen werden, über das Entweichen von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase zu verzeichnen; und vor allem sind unsere Kenntnisse bezüglich der Pathologie, Diagnose und Behandlung der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase sehr wesentlich vergrössert worden. Alle diese und ähnliche Errungenschaften verdienen sicherlich die grösste Anerkennung und ich stehe niemandem in ihrer Würdigung nach; sie rechtfertigen aber, meiner wohlüberlegten Meinung nach, nicht im mindesten die ehrgeizigen Ansprüche des modernen Rhinologen bezüglich der überwältigenden Wichtigkeit der Nasenkrankheiten und ihres oft übertriebenen Einflusses auf Hals- und Ohrenleiden.

4. Ueber die Frage der „Atemübungen“ bei echten Adenoiden ist nichts weiter zu sagen. Wissenschaftliche Einwendungen gegen diese Form der Behandlung und

höfliche Bitten um Aufklärung über ihre vermutete Wirkungsweise sind gleichmässig unbeantwortet geblieben, und jedermann muss sich nunmehr seine eigene Meinung über den ursprünglichen Angriff auf operatives Vorgehen bei der Vergrösserung der Rachenmandel und über die Methode bilden, welche dieses Vorgehen ersetzen sollte.

5. In der Nummer des „British Medical Journal" vom 4. Januar wurde ein Brief veröffentlicht, welcher die persönlichen Anzüglichkeiten beklagte, zu denen die Diskussion hinabgesunken war. Dieses Gefühl hat meine lebhafte Sympathie. In Anbetracht der Tatsache, dass meine Vorträge fast ausschliesslich die Resultate meiner eigenen, persönlichen Erfahrung verkörperten, dass ich eine so grosse Anzahl verschiedener Fragen berührte, und dass bezüglich der meisten dieser Fragen die Meinungen weit auseinandergehen, hätte man füglich eine interessante sachliche Diskussion erwarten dürfen, in der meine Anschauungen durch gleich gute oder bessere Gründe zu bekämpfen waren. Tatsächlich aber ist ein sonderbarer Mischmasch von Artillerie aufgefahren worden, um Feuer auf meine Behauptungen zu eröffnen: unbewiesene Theorieen, grundlose Anschuldigungen von Ungenauigkeit, schlecht passende Zitate, persönliche Anzüglichkeiten, Bemerkungen, die witzig sein sollten, Ansprüche auf höheres Wissen, kurz alles mögliche — ausser gesunden wissenschaftlichen Gründen! — Nichtsdestoweniger fühle ich, dass die Diskussion nicht vergeblich gewesen ist. Denn gerade die Natur der Opposition muss den Lesern des „British Medical Journal" gezeigt haben, dass die dogmatischen Behauptungen des radikalen Flügels auf keiner solideren Basis beruhen, als auf dem „ipse dixit" jedes seiner selbsterwählten Repräsentanten, und dass sie in dem Augenblicke in sich selbst zusammenstürzen, in dem man ihnen ernsthaft zu Leibe geht. Dies, erlaube ich mir zu denken, ist eine der wichtigsten Früchte der Diskussion.

Ich nehme davon Abstand, auf unwesentliche Fragen operativer Details oder auf Dinge einzugehen, die dem Inhalt meiner Vorträge fern liegen.

Aber ich möchte zum Schluss ein Wort mit Bezug auf die Zukunft sagen. Unzweifelhaft haben meine Vorträge und die Diskussion, die ihnen gefolgt ist, gezeigt, dass gegenwärtig ein Zustand der Dinge hinsichtlich operativer Zügellosigkeit besteht, der ebenso wenig wünschenswert im Interesse des ärztlichen Standes ist, wie in dem des Publikums. Das Heilmittel gegen ihn liegt meiner Ansicht nach in einer Rückkehr zu engeren Beziehungen zwischen den Spezialisten und den allgemeinen Aerzten. Es bleibt Raum genug für Spezialgesellschaften und für Erfüllung nützlicher Aufgaben seitens derselben, wenn wir fortfahren, Dinge von ausschliesslich spezialistischem und technischem Interesse in ihnen zu verhandeln; was wir aber brauchen, ist: die Früchte unserer Arbeiten häufiger dem allgemeinen ärztlichen Stande in allgemeinen Gesellschaften und in allgemeinen Journalen zu unterbreiten; die anregende Kritik derer zu empfangen, die nicht ausschliesslich in einer engen Sphäre tätig sind; erinnert zu werden, dass man auch an andere Dinge als ausschliesslich lokale Zustände denken muss; und, in Virchow's Worten: „jene Einheit zu erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann wohl auch sagen — nach aussen beruht."

Ich verbleibe usw.

Wimpole Street, 3. Januar 1902. Felix Semon.

X.

Beiträge zur sozialpolitischen Stellung der Rhinolaryngologie.

a) Die Beziehungen der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften*).

Rede, gehalten auf dem Internationalen Kongress für Kunst und Wissenschaft zu St. Louis am 21. September 1904.

Herr Präsident, meine Damen und Herren!

Als ich Professor Newcomb's höchst schmeichelhafte Aufforderung erhielt, vor der Sektion für Laryngologie und Otologie des in Verbindung mit dieser grossartigen Ausstellung abgehaltenen Kongresses für Kunst und Wissenschaft einen Vortrag zu halten, war natürlich mein erstes Gefühl das aufrichtiger Dankbarkeit für die grosse mir erwiesene Ehre. Dieses Gefühl wurde noch vermehrt durch die in Professor Newcomb's Schreiben enthaltene Mitteilung, dass die Einladung auf Vorschlag einer Anzahl von amerikanischen Vertretern der Medizin erlassen sei, deren Namen jenseits des Ozeans Jedermann mit Hochachtung nennt. Glauben Sie mir, dass ich die ausserordentliche mir damit erwiesene Auszeichnung tief empfinde; meine Freude bei deren Annahme wird nur durch die Erwägung beeinträchtigt, dass ich nicht den Anspruch erheben kann, ein Otologe zu sein und dass dem otologischen Teil meiner Aufgabe zweifellos viele europäische Vertreter dieses Faches viel besser gerecht geworden wären. Ich rief pflichtgemäss diesen Umstand den Veranstaltern des Kongresses ins Gedächtnis; er wurde jedoch nicht als unüberwindliches Hindernis für die Uebernahme der mir gestellten Aufgabe angesehen. Ich brauche nicht zu betonen, dass ich nach Kräften bemüht sein werde, auch dem otologischen Abschnitt meiner Aufgabe gerecht zu werden; meine Hörer werden aber verstehen und — wie ich glaube — verzeihen, wenn der Hauptteil meiner Bemerkungen eher Gegenständen gewidmet wird, über die ich aus persönlicher Erfahrung sprechen kann, als solchen Fragen, mit denen mich meine Tätigkeit in weniger nahe Beziehung bringt.

Wenn die erste Empfindung bei Empfang Ihrer Einladung naturgemäss das Gefühl der Dankbarkeit für die hohe mir erwiesene Aus-

*) Veröffentlicht im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Jahrg. XX. No. 10. — Für die deutsche Uebersetzung bin ich meinem Freunde, Prof. G. Finder, zu Dank verpflichtet.

zeichnung war, so war diese Empfindung aufs engste verknüpft mit der aufrichtigen Freude, die mich bei dem Gedanken erfüllte, dass ich zur Mitarbeit an einem mir so sympathischen Werk ausersehen sein sollte, wie es dieses grossartige Unternehmen ist. In Professor Newcomb's Einladung wurde gesagt, dass Gegenstand dieses Kongresses sein sollte, „die Einheitlichkeit der Wissenschaften und die Wechselseitigkeit ihrer Beziehungen zu erörtern und so dem Mangel an Uebereinstimmung und Zusammengehörigkeit unter den heute so zersplitterten Spezialwissenschaften entgegenzutreten".

Ich weiss nicht, ob man mich ausersehen hat, weil ich während meiner ganzen wissenschaftlichen Laufbahn stets diesen leitenden Gedanken aufrecht erhalten habe, ich kann aber wohl ohne Furcht vor Widerspruch sagen — und als Beweis sei auf meine literarische Tätigkeit hingewiesen —, dass mein Streben stets mit Bewusstsein dahin ging, bei jeder sich bietenden Gelegenheit das Prinzip hochzuhalten, das die Veranstalter dieses Kongresses beseelt.

Ich würde nicht Spezialist sein, wäre ich nicht fest von der Notwendigkeit des Spezialismus in der Medizin durchdrungen. Das unsterbliche Wort: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang und die Technik ist schwer", hat heute noch grössere Gültigkeit, als da es der Vater der Medizin vor zweitausend Jahren aussprach. Die Lebensdauer ist seit seiner Zeit die gleiche geblieben, seine Kunst jedoch ging und geht heute noch mit Riesenschritten vorwärts. Wirtschaftliche Rücksichten stehen einer ungemessenen Verlängerung der für das medizinische Studium bestimmten Zeit entgegen, und so wird auf den Zeitraum der wenigen Jahre, die dem künftigen Arzt zur Vorbereitung für den späteren Beruf dienen, ein immer grösseres Arbeitspensum zusammengedrängt. Kein Wunder daher, dass es äusserst schwierig, ja fast unmöglich geworden ist, unsere Studenten so gründlich auszurüsten, dass sie völlig bewandert in jedem theoretischen und praktischen Fach der Medizin in die Praxis eintreten. Selbst die Wenigen, die, im Besitz guter Kraft und Gesundheit, mit aussergewöhnlichen Fähigkeiten und ebenso aussergewöhnlichem Fleiss ausgestattet, es dahin bringen, sich während ihrer Studienzeit alle Details der zeitgenössischen Medizin anzueigenen, werden, wenn sie erst einmal in die Praxis gekommen sind, mit ganz seltenen Ausnahmen es praktisch undurchführbar finden, mit der rapiden Fortenwicklung, die das Merkzeichen unserer Zeit ist, in allen Gebieten Schritt zu halten.

Unter diesen Umständen ist eine Arbeitsteilung zur logischen und unvermeidlichen Notwendigkeit geworden. Die alte Grenzlinie zwischen innerer Medizin und Chirurgie, zu der in einer etwas späteren Periode noch Gynäkologie und Geburtshilfe als selbständige Zweige hinzugefügt wurden, ist für Forschung und Praxis mit ihrer einst streng durchgeführten Scheidung nicht mehr genügend. Allmählich hat sich eine anerkannte Spezialität nach der anderen entwickelt, teilweise infolge der Notwendigkeit einer besonderen Ausbildung in einer bestimmten Technik, teilweise weil

nur Männer, die in dieser Technik ausgebildet waren, zur Vornahme weiterer Forschungen auf dem betreffenden Gebiete imstande waren.

Die internationalen medizinischen Kongresse bezeugen diese unvermeidliche Entwickelung der heutigen Medizin. Ihre Veranstalter wünschen nichts mehr, als die Zahl der Sektionen auf dem Kongress zu beschränken, und doch macht sich einmal nach dem anderen das unabweisbare Bedürfnis nach Bildung neuer Sektionen geltend. So war, während auf dem Brüsseler internationalen medizinischen Kongress im Jahre 1875 acht Sektionen genügten, um ein getreues Bild von dem Stand der wissenschaftlichen Medizin jener Zeit zu geben, diese Zahl 25 Jahre später mehr als verdoppelt worden, indem bei dem internationalen medizinischen Kongress in Paris 17 Sektionen gebildet werden mussten.

Sieht man das unerwartete Emporwachsen so vieler Zweige, von denen wir vor wenigen Jahren uns nichts haben träumen lassen, so wäre es in der Tat vermessen, zu behaupten, dass die Grenze in der Spezialisierung unserer Wissenschaft bereits erreicht ist.

Diese fortschreitende Arbeitsteilung — das Ergebnis nicht einer individuellen Laune, sondern einer unerbittlichen Notwendigkeit — hat in den letzten 50 Jahren sicherlich zu grösserer Entwickelung medizinischer Kenntnisse und Leistungen geführt, als dies während irgend eines entsprechenden Zeitraums der medizinischen Geschichte der Fall war. Wenn wir Männer mittleren Lebensalters uns daran erinnern, was die Medizin war, als wir unsere Studien begannen und sehen, was sie heute ist; wenn wir ferner bedenken, wie vieles von den in der Zwischenzeit erreichten Fortschritten der Arbeit von Spezialisten zu danken ist, so haben wir, denke ich, alle Veranlassung, der Arbeitsteilung, die so herrliche Früchte gebracht hat, dankbar zu sein.

Aber wenn dies auch gern und bereitwillig anerkannt werden muss, so kann doch nicht geleugnet werden, dass, wie fast bei jeder Bewegung ähnlicher Art, so auch in dieser Entwickelung der modernen Medizin eine grosse und tatsächliche Gefahr liegt, nämlich die der Ueberspezialisierung. Ich erinnere mich wohl, wie entrüstet ich in der ersten Zeit meiner spezialistischen Laufbahn war, wenn ich dem damals sehr häufig gegen den Spezialismus erhobenen Vorwurf begegnete, dass er zur Einseitigkeit führe, und wie unbegründet und ungerecht mir dieser Vorwurf damals erschien. Längere Erfahrung und reiferes Urteil haben mich gelehrt, dass die Gefahr der Einseitigkeit, infolge allzu ausschliesslicher Hingabe an die Spezialität, mehr ist, als ein blosses Hirngespinnst. Sei es infolge natürlicher Geistesanlage oder weil ihm der ständige Konnex mit den grossen Gesichtspunkten der Pathologie fehlt, es lässt sich nicht leugnen, dass der Spezialist geneigt ist, überall ein lokales Leiden zu erblicken und Störungen der allgemeinen Gesundheit und anderer Organe, die in Wirklichkeit die Hauptaufmerksamkeit erfordern sollten, zu übersehen. Durch die besonders im letzten Jahrzehnt sich geltend machende Neigung, die Untersuchung und Erörterung von speziellen Fragen in

Spezialgesellschaften und Spezialzeitschriften zu verlegen, ist jene Gefahr natürlich noch vermehrt worden, deren Vorhandensein bereits mein grosser Lehrer Virchow voraussah, als er in der Festversammlung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 28. Oktober 1885 die folgenden denkwürdigen Worte sprach, auf die ich mehr als einmal hingewiesen habe: „Es hat sich unter uns das grosse Heer der Spezialitäten entwickelt, und es würde vergeblich sein, jedenfallsunfruchtbar, diesem Streben entgegenzutreten, aber ich glaube doch, es hier aussprechen zu sollen, und ich hoffe, Ihrer Aller Beifall sicher zu sein, wenn ich sage, dass keine Spezialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesamtkörper der Wissenschaft, dass keine Spezialität fruchtbar und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer wieder von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Spezialitäten, wenn sie alle sich nicht gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nötig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht."

Unter diesen Umständen war es gewiss ein glücklicher Gedanke, uns wieder an die Einheitlichkeit von Wissenschaften und Künsten zu mahnen und so dem Mangel an Uebereinstimmung und Zusammengehörigkeit unter den heute so zersplitterten Spezialwissenschaften entgegen zu treten.

Und ich betrachte es als ein besonders charakteristisches Zeichen der Zeit und als verheissungsvolle Vorbedeutung für die Zukunft, dass jene Mahnung von den Gelehrten eines Landes ausgeht, das in so hervorragendem Masse sich in fortschreitender Entwickelung befindet, wie die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Wenn sie, die nicht durch die vielen Ueberlieferungen, Förmlichkeiten und Vorurteile eingeengt sind, die uns jenseits des Ozeans so lästig beschränken, es für hoch an der Zeit fanden, ein warnendes Wort gegen die stets wachsende Spaltung in der Einheit der Wissenschaft zu sprechen, so muss das gewiss jene stutzig machen, die leichten Herzens jeden weiteren Fortschritt auf dem Wege zur sogenannten „Selbständigkeit" als praktischen Gewinn für den Spezialismus betrachten. Sollte es mir heute, wenn ich die innigen Bande, die uns mit anderen Künsten und Wissenschaften verknüpfen, in rascher Folge vor Ihnen entrolle, gelingen, einige der begeisterteren Vorkämpfer für diese Selbständigkeit davon zu überzeugen, dass die Laryngologie, Rhinologie und Otologie nur gedeihen und sich gesund entwickeln können, wenn sie niemals ihren engen Zusammenhang mit anderen oft genug anscheinend weit entlegenen Gebieten menschlichen Wissens aus den Augen verlieren, dann, glaube ich, habe ich mein Scherflein zu dem hervorragenden Ziel dieses grossen Kongresses beigesteuert.

Es ist keine blosse Redensart, wenn ich sage, dass, je weiter ich bei der Vorbereitung dieses Vortrages kam, desto mehr mir die Grösse meiner Aufgabe und die Intimität unerwarteter und schwer auszudenkender Beziehungen zwischen Otologie, Rhinologie und Laryngologie und anderen

Wissenschaften und Künsten offenbar wurde. Diese Spezialitäten haben sich in so ausgesprochen selbständigen Bahnen entwickelt, dass man theoretisch versucht sein könnte, ihnen verhältnismässig wenig Gemeinsames mit anderen Zweigen der Medizin zuzusprechen, geschweige denn mit anderen Wissenschaften und Künsten.

Um eine derartige missverständliche Annahme zu beseitigen, konnte nichts Besseres erdacht werden, als die Ergebnisse meiner Untersuchung. Bei jedem Schritt während der Vorbereitung dieser Arbeit wurde es mir klarer, wie viel wir anscheinend entlegenen Zweigen menschlichen Wissens zu verdanken haben, wie sehr wir in unserer speziellen Arbeit durch Fortschritte, die auf anderen weit abliegenden Gebieten gemacht wurden, gefördert worden sind und noch gefördert werden und wie viel Gutes uns noch zu erwarten steht von Neuerungen auf Wissensgebieten, die vor wenigen Jahren selbst der phantastischste Träumer nicht hätte mit unserer Tätigkeit in Verbindung denken können.

Es soll in diesem Vortrag mein Bestreben sein, das oben Gesagte durch einen flüchtigen Ueberblick über den Zusammenhang von Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit Physik, Chemie, Mathematik, Philosophie, Geschichte, Biologie, Technologie und Musik, sowie ihre Beziehungen zu anderen Zweigen der Medizin zu erhärten, und ich bedauere nur, dass es mir bei der zugemessenen Zeit ganz unmöglich sein wird, meiner Aufgabe in vollem Umfange gerecht zu werden.

I. Physik.

Licht. Lassen Sie uns mit Physik beginnen. Die Beziehungen dieser Wissenschaft zu Laryngologie, Rhinologie und Otologie sind ebenso mannigfaltig, wie interessant und wichtig. Die genannten Zweige der medizinischen Wissenschaft haben das Gemeinsame, dass es ihre Aufgabe ist, die Physiologie und Pathologie tiefgelegener Körperhöhlen zu erforschen. Die Frage, wie diese zur Vornahme der Untersuchung zu erleuchten sind, ist daher von der grössten Bedeutung, und so ist das Kapitel der Physik, das von den Eigenschaften des Lichtes handelt, für uns ein Gegenstand unmittelbaren und angelegentlichen Interesses. Dies trifft in besonderem Masse für die Laryngologie zu. Wenn auch durch die Arbeiten Kirstein's in jüngster Zeit die direkte Besichtigung des Kehlkopfes durch Niederdrücken der Zunge mittels geeigneter Spatel als möglich erwiesen wurde, so ist diese Untersuchungsmethode doch nur in einem Bruchteil aller Fälle anwendbar*) und die Untersuchung des Kehlkopfs wird allgemein noch mit Hilfe reflektierender Spiegel vorgenommen. Die eigentliche Grundlage der Laryngoskopie, wie sie gewöhnlich geübt wird, beruht auf dem Prinzip der physiologischen Optik, dass, wenn Lichtstrahlen auf eine reflektierende Fläche fallen, die eine bestimmte Neigung zur Lichtquelle hat, der Reflexionswinkel gleich dem Einfalls-

*) Selbstverständlich gilt dies heute (1911) nicht mehr.

winkel ist. Wird also ein kleiner Spiegel direkt unterhalb der Uvula in einem Winkel von 45° zur Horizontalen geneigt gehalten, während ein kräftiger Lichtstrahl in horizontaler Richtung in den Hals des Patienten geworfen wird, so wird der gerade unter dem Spiegel gelegene Teil, das ist der Kehlkopf, durch reflektiertes Licht beleuchtet werden; sein Bild wird auf den Spiegel zurückgeworfen und von dort in das Auge des Beschauers reflektiert, das mit den auf die reflektierende Fläche geworfenen Strahlen sich in gleicher Ebene befindet. Genau dasselbe Prinzip gelangt zur Anwendung, wenn, anstatt des Kehlkopfes, der Nasenrachenraum zu untersuchen ist, und das eben dargelegte physiologisch-optische Gesetz hat dieselbe fundamentale Bedeutung für die hintere Rhinoskopie wie für die Laryngoskopie. Um jedoch ein wirklich gutes Bild sowohl vom Kehlkopf wie von der Nasenrachenhöhle zu erhalten, ist es nötig, dass das auf den reflektierenden Spiegel geworfene Licht ein intensives ist. Daher ist jeder Fortschritt, der darin gemacht wird, das zu Beleuchtungszwecken gebrauchte Licht konzentrierter und intensiver zu machen, für mein Spezialfach von dem grössten Interesse. Es klingt heute fast wie ein Märchen, dass die Entwickelung der Laryngologie in ihrer Kindheit fast ein halbes Jahr lang aufgehalten wurde und dass Prof. Türck in Wien, der zuerst Manuel Garcia's epochemachende Entdeckung des Laryngoskops für die Erforschung der krankhaften Prozesse im Kehlkopf nutzbar machte, während dieser seine Studien aufgab, weil der Winter des Jahres 1857 in Wien ein sehr trüber war und weil die indirekten Sonnenstrahlen nicht genügend Licht zur Beleuchtung des Kehlkopfes lieferten! — Und doch verhielt es sich in der Tat so, und nur, wie Morell Mackenzie treffend sagt, dadurch, dass Prof. Czermak die unzuverlässigen Sonnenstrahlen durch künstliches Licht ersetzte und Reute's grossen Augenspiegel zur Konzentration der Lichtstrahlen gebrauchte, wurden die anfänglichen Schwierigkeiten überwunden. So wurden bereits in diesem Frühstadium Linsen, gleichfalls eine Errungenschaft der physiologischen Optik, zur Förderung unserer jungen Wissenschaft angewandt. Was für Fortschritte haben wir gemacht seit der „Schusterkugel“ — einer grossen mit Wasser gefüllten Kugel, deren sich Türck und Stoerk bedienten — bis zum heutigen Tage, wo wir im Stande sind, eine kleine elektrische Lampe in die Körperhöhlen selbst zum Zweck der Diagnose und Operation einzuführen, Licht in den Oesophagus oder die Bronchien zu werfen oder das Gesicht zu diagnostischen Zwecken, wie zur Erkennung von Krankheiten der Oberkiefer- oder Stirnhöhle, zu durchleuchten! —

Die Anwendung des Leuchtgases, dem in neuerer Zeit seine Modifikation, das Glühlicht, gefolgt ist, die Einführung des Hydrooxygenlichts und, vor Allem, jene wunderbare, jetzt allgemein benutzte Lichtquelle, das elektrische Licht, bedeuten ebenso viele Schritte auf dem Wege zur Vervollkommnung unseres Könnens in der Laryngologie und Rhinologie. Noch in jüngster Zeit erhielten wir in der Nernstlampe ein willkommenes Geschenk. Sie gewährt denjenigen, die an das vorzügliche jedoch um-

ständlich zu handhabende Hydrooxygenlicht gewöhnt sind, eine Beleuchtung, die fast ebenso gut ist und dabei viel weniger Mühe verursacht.

Gleich als wenn dies noch nicht genug des Fortschritts innerhalb der kurzen Spanne Zeit von einem Vierteljahrhundert wäre, ist Prof. Roentgen's grosse Entdeckung vom Durchdringungsvermögen der ultravioletten Strahlen, die heute unter seinem Namen bekannt sind, von Anfang in glücklichster Weise für die Zwecke der Laryngologie nutzbar gemacht worden. Als die aussergewöhnlichen Eigenschaften der X-Strahlen bekannt wurden, gab ich der Hoffnung Ausdruck, dass es möglich sein würde, mit ihrer Hilfe gutartige und bösartige Geschwülste infolge ihrer verschiedenen Dichtigkeit zu unterscheiden. Wenn auch diese Hoffnung leider bisher sich nicht verwirklicht hat, so sind doch die medizinischen Errungenschaften, die diesen Strahlen zu danken sind, gewiss erstaunlich. Sie setzen uns in die Lage, die Anwesenheit von metallischen Fremdkörpern im Kehlkopf, den unteren Luftwegen, der Nase und ihren Nebenhöhlen zu entdecken. Bestehen Zweifel, ob eine Stimmbandlähmung auf das Bestehen eines Aneurysmas oder eines festen Tumors in der Brusthöhle, der auf den Nervus pneumogastricus oder laryngeus recurrens drückt, zurückzuführen ist, so kommen wieder die X-Strahlen uns zu Hilfe und unterstützen uns bei der Aufstellung einer differentiellen Diagnose. Eine weitere sehr ingeniöse Anwendung der X-Strahlen hat Dr. Spiess in Frankfurt a. M. gemacht, der anriet, die heikle und keineswegs gefahrlose Sondierung der Stirnhöhle dadurch zu kontrollieren und so ungefährlich zu machen, dass man während der Einführung der Sonde das Bild vom Kopfe des Patienten auf den Schirm wirft, wodurch der Operateur in die Lage versetzt wird, zu sehen, ob das Instrument sich wirklich auf dem richtigen Wege in die Stirnhöhle befindet.

Wer wollte kühn genug sein, zu behaupten, dass mit solchen Entdeckungen die Hilfsquellen der Physik erschöpft sind, und dass nicht einer nahen Zukunft möglicherweise die Einführung einer noch intensiveren Lichtquelle vorbehalten sein könne? — Wer so töricht ist, an die Endlichkeit wissenschaftlicher Fortschritte zu glauben, sei an das in jüngster Zeit entdeckte Radium mit seinen bis jetzt noch unvollkommen bekannten Eigenschaften erinnert.

Bevor ich das Thema vom Licht verlasse, muss ich noch auf einige andere Methoden eingehen, bei denen sich dieser Zweig der Physik als nutzbringend für unsere Spezialität erwiesen hat.

Das Mikroskop. Die erste derselben ist der Gebrauch des Mikroskops. Ueber diesen Punkt brauche ich nicht viel zu sagen. Der enorme Wert des Mikroskops in der Medizin ist so allgemein anerkannt, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, wollte ich bei diesem Gegenstande lange verweilen. Unsere Spezialität hat durch das Verständnis der feineren anatomischen und pathologischen Vorgänge in Hals, Nase und Ohr ebensoviel Nutzen gezogen, wie jeder andere Zweig unserer Mutterwissenschaft. Es genügt, daran zu erinnern, welche Hilfe uns das

Mikroskop bei der differentiellen Diagnose zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten, bei der Erkennung tuberkulöser und diphtherischer Affektionen, bei der Differenzierung von septischen Erkrankungen im allgemeinen leistet, um die Wahrheit meiner Worte zu erhärten.

Stroboskopie. Eine andere, freilich beschränktere Anwendung von Licht für den Zweck der Laryngologie stellt die Stroboskopie dar. Das Stroboskop besteht aus 2 rotierenden Scheiben, von denen die eine mit Löchern versehen ist, während auf die andere Figuren gezeichnet sind, die durch die Löcher in der ersten Scheibe betrachtet werden. Durch eine sinnreiche Modifikation des Stroboskops ist es Prof. Oertel gelungen, einen Apparat zu konstruieren, mittels dessen die Schwingungen der Stimmbänder genau beobachtet werden können. Höchst interessante Beobachtungen über die Bewegung der Stimmbänder beim Singen sind mit Hilfe dieses Apparats angestellt worden. Als Beispiel einer solchen will ich nur erwähnen, dass nach Oertel „die Töne des Brustregisters dadurch gebildet werden, dass die Stimmbänder in ihrer ganzen Länge und Breite schwingen, während das Zustandekommen der Falsetttöne durch eine fortschreitende Zerlegung ihrer Breite durch sagittal verlaufende Knotenlinien bedingt ist“.

Photographie. Eine fernere in diesem Zusammenhang zu erwähnende Methode ist die Photographie. Ich brauche nicht zu sagen, dass photographische Wiedergabe von Präparaten, um die normale und pathologische Anatomie von Ohr, Nase und Hals zu veranschaulichen, kein ausschliessliches Eigentum der Laryngologie, Rhinologie oder Otologie ist; doch verknüpft ein besonderes Interesse die erstere dieser Wissenschaften insofern mit der Photographie, als mit ihrer Hilfe eine Reihe der interessantesten Beobachtungen über die Physiologie des Kehlkopfs während des Singakts angestellt wurden. Die Methode hat sich besonders nützlich darin erwiesen, dass sie die Widersinnigkeit der vorgefassten Ideen vor Augen führte, die manche Gesanglehrer über den Umfang der einzelnen Stimmregister haben. Sie hat in vollem Umfang die von den kompetentesten Beurteilern ausgesprochene Ansicht bestätigt, dass auch bei Personen, deren Stimme einer und derselben Kategorie angehört, grosse Mannigfaltigkeit in der Produktion der Singstimme herrscht. Der Bahnbrecher auf diesem verlockenden Gebiet ist mein Freund, Dr. French in Brooklyn, gewesen; seiner Begeisterung und Ausdauer sind die ersten zuverlässigen Resultate dieser vielversprechenden Methode physiologischer Forschung zu danken. Weitere Studien in dieser Richtung sind von Dr. Musehold und Prof. E. Meyer in Berlin gemacht worden. Der letztgenannte Forscher hat soeben zusammen mit dem berühmten Mechaniker Zeiss in Jena einen sehr sinnreichen Apparat zur Demonstration und Photographie des Kehlkopfs konstruiert; nachdem ich jedoch die mit seiner Hilfe angefertigten Photographien gesehen habe, muss ich sagen, dass Dr. French's Leistungen bisher nicht übertroffen worden sind.

Stereoskopie. Zum Schluss dieses Abschnitts über die Bedeutung des Lichts für uns will ich nicht versäumen, auf die sinnreiche Anwendung hinzuweisen, die die Stereoskopie durch meinen Freund Dr. Watson Williams in dem wundervollen Atlas gefunden hat, der die zweite Auflage seines Werkes über die Krankheiten des oberen Respirationstractus begleitet. Da es oft äusserst schwer ist, zu Lehrzwecken wirklich anschauliche Präparate von den Nebenhöhlen der Nase zu erhalten, so darf seine Verwendung des Prinzips der Stereoskopie für Photographien, die an Plastik wirklich mit dem Leben wetteifern, mit Recht als ein Triumph in der Nutzbarmachung der Ergebnisse einer anscheinend entlegenen Wissenschaft für unsere speziellen Zwecke bezeichnet werden.

Die Erwähnung der Elektrizität, der X-Strahlen und des Radium führt uns natürlich zu Gemüt, dass das Kapitel vom Licht für den Laryngologen und Rhinologen nicht allein vom Standpunkt der Beleuchtungsfrage von Interesse ist. Wir sind so glücklich, in einer Zeit zu leben, in der die grosse Heilkraft des Lichts für eine Klasse von Fällen entdeckt und nutzbar gemacht worden ist, bei der eine Bereicherung unseres therapeutischen Arsenals sehr von nöten ist. Das Sonnenlicht, das elektrische Licht, die ultravioletten Strahlen und die Ausstrahlungen des Radium werden heut mit grossem Erfolg zur Behandlung von Lupus, von Ulcus rodens und einigen oberflächlicheren Formen bösartiger Geschwülste benutzt, und es darf wohl gehofft werden, dass in der Behandlung dieser furchtbaren Erkrankungen weitere Fortschritte gemacht werden, selbst wenn sie an Stellen vorkommen, die der Wirkung der verschiedenen Strahlen nicht leicht zugänglich sind.

Schall. Während das Kapitel der Physik, das vom Licht und seinen Kräften handelt, wie ich eben zu zeigen versucht habe, für Laryngologie und Rhinologie von der grössten Wichtigkeit ist, gebührt dem Kapitel vom Schall eine gleichbedeutende Stellung für die Otologie. Es bedarf keines umständlichen Nachweises dafür, dass eine Wissenschaft, die vor allem mit den Störungen des Gehörs zu tun hat, untrennbar mit der Lehre vom Schall verknüpft ist. So bildet die Stimmgabel einen unentbehrlichen Bestandteil im Arsenal des Ohrenarztes, und die Frage, ob die durch ihre Schwingungen hervorgerufenen Töne leichter bei Luft- oder Knochenleitung wahrgenommen werden, ist bei einer grossen Zahl von Ohraffektionen von der höchsten Bedeutung. Hier muss auch die Galton'sche Pfeife zur Bestimmung der Hörfähigkeit für hohe Töne erwähnt werden. Ferner: die Frage nach der Wahrnehmungsfähigkeit von Tönen, der Unterschied in der Wahrnehmung, je nachdem der Mund offen oder geschlossen ist; die Interferenzerscheinungen; die Bedeutung der Hörfähigkeit für die Sprache; die Hörbarkeit der verschiedenen Töne; die Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des schallleitenden und schallempfindenden Apparates — all dies sind Fragen, die mit der Lehre vom Schall aufs engste zusammenhängen, und so kann ohne Ueber-

treibung gesagt werden, dass die Otologie ohne ständige enge Fühlung mit der Physik undenkbar ist.

Der Phonograph. Wenn wir vom Schall sprechen, darf der Phonograph, eine Erfindung, die amerikanischem Genie zu danken ist, nicht unerwähnt bleiben, obwohl eine Verwertung der durch ihn gegebenen Möglichkeiten mit unserer Trias von Wissenschaften sich noch in den ersten Anfängen befindet. Ich will meine Hörer daran erinnern, dass ganz kurze Zeit nach Einführung des Phonographen Dr. Mount Bleyer in New York, Dr. Lichtwitz in Bordeaux und ich unabhängig von einander die Idee fassten, seine Wiedergabefähigkeit für Unterrichtszwecke nutzbar zu machen. Man hat nicht immer einen Keuchhustenfall zur Hand, wenn man gerade über diese Krankheit liest, und wenn es auch leicht und wahr genug ist, zu sagen, der dieser Krankheit eigentümliche Husten sei so charakteristisch, dass, wer ihn einmal gehört hat, ihn nie wieder vergisst, so ist es doch nicht so leicht, praktisch vor Augen zu führen, worin das Charakteristische, von dem man spricht, eigentlich besteht. Hier kommt uns der Phonograph zu Hilfe. Man lasse ein mit jener unangenehmen Krankheit behaftetes Kind ein paar Mal in den Apparat hineinhusten und setze ihn, wenn man über Keuchhusten lesen will und keinen anschaulichen Fall zur Hand hat, in Gang: der Keuchhusten wird mit genügender Natürlichkeit herauskommen! —

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass das Studium der verschiedenen Formen von Husten und Heiserkeit nur eine der Arten darstellt, wie der Wiedergabemechanismus des Phonographen mit seiner Fähigkeit, Unterschiede merkbar zu machen, nutzbar gemacht werden konnte. Bereits sind von Dupont Versuche gemacht worden, mit seiner Hilfe die Veränderungen der Sprache bei verschiedenen Formen von Delirium, Paralyse, multipler Sklerose usw. zu studieren. In neuerer Zeit hat Flatau in Berlin die verschiedenen Formen von Stimmstörungen mittels des Edison'schen Phonographen studiert und ihn auch zur Untersuchung des feineren Mechanismus der Singstimme benutzt. Bei weiterer Vervollkommnung des Apparates kann man hoffen, dass noch wertvollere Resultate, als die bisher erreichten, sich erzielen lassen, wenn dieselben auch heute schon mehr als eine „Quantité negligeable" darstellen.

Die empfindliche Flamme. Schliesslich möge in diesem Zusammenhange noch erwähnt werden, dass die König'sche empfindliche Flamme zur Aufzeichnung der durch die menschliche Stimme verursachten Schallwellen benutzt worden ist. Der Apparat besteht aus einem schnell rotierenden Würfel, dessen 4 seitliche Flächen durch Spiegel gebildet sind, sowie aus einer in einem Gasbehälter seitlich angebrachten Membran. Damit steht eine kleine empfindliche Gasflamme in Verbindung. Wird ein Ton gegen die Membran gesungen, so hüpft die Flamme auf und nieder und die in den Spiegeln sichtbaren Wellen sind nicht einfach auf- und absteigende, sondern die ursprünglich breiten

Wellen tragen auf ihrer Oberfläche noch kleinere. Je reicher die Stimme ist, desto zahlreicher sind die Obertöne auf den spiegelnden Flächen des Würfels vertreten (Halliburton).

Elektrizität. Die enormen Fortschritte, die unsere Generation in der Wissenschaft der Elektrizität gemacht hat, sind für die Diagnostik und Therapie in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie von den nützlichsten Folgen gewesen. In der Tat gibt es wahrscheinlich wenig verwandte Wissenschaften, an denen unsere Spezialität ein so eifriges Interesse hat und deren Fortschritte uns in so reichem Masse zu gute kommen, wie es bei der Elektrizität in ihren verschiedenen Formen der Fall ist. Es wurde bereits gesagt, dass die Leuchtkraft des elektrischen Lichtes nicht nur im gewöhnlichen Sinne, sondern auch zur Durchleuchtung der Höhlen des Kopfes und Halses und zur Besichtigung der unteren Luft- und Speisewege benutzt wurde. Der konstante und faradische Strom sind uns sowohl für Diagnose wie für Behandlung von grösstem Vorteil. Durch die Entartungsreaktion sind wir im Stande, zu entscheiden, ob eine Lähmung in Mund, Rachen oder Kehlkopf centralen oder peripheren Ursprungs ist. Mittels der Anwendung beider Formen von Strom gelingt es uns in vielen Fällen, Lähmungszustände, besonders wenn es solche funktioneller Art sind, zu heilen.

Ferner kommt die Elektrizität in Form der Galvanokaustik praktisch täglich in den Händen der Laryngologen und Rhinologen zur Anwendung. Sie hat den Gebrauch der meisten anderen Formen von Kaustik verdrängt, und es gibt heutzutage wohl wenige Laryngologen, die ihrer entraten möchten.

Noch eine andere Form von Anwendung der elektrischen Kraft, nämlich die Elektrolyse, wird von einigen begeisterten Anhängern sehr gerühmt, die sich ihrer zur Behandlung von Ozaena, Nasenrachenfibromen, zur Verkleinerung von Unregelmässigkeiten an der Nasenscheidewand usw. bedienen. Es muss jedoch zugestanden werden, dass diese Methode bei der Mehrzahl der Laryngologen sich nicht hat allgemein Eingang verschaffen können.

Schliesslich hat in neuerer Zeit die motorische Kraft der Elektrizität im weiten Umfang, und zwar, wie ich glaube, nirgends mehr als in den Vereinigten Staaten Verwendung gefunden zum Treiben von Trephinen, Sägen, Bohrern, besonders in der Nasenchirurgie, sowie zur Elektromassage in der Ohrenbehandlung. Wenn die Methode noch nicht allgemeine Aufnahme in Europa gefunden hat, so liegt das, wie ich meine, mehr an Mangel an Vertrautheit mit ihr, als an irgend einem anderen Grunde, und ich bin überzeugt, dass, je allgemeiner die Elektrizität im Hause werden wird, desto grösser wird auch die Rolle des Elektromotors in unserem Instrumentarium werden.

Diese flüchtige Skizze wird hoffentlich genügen, ein Bild von der enormen Bedeutung dieses Zweiges der Naturwissenschaft für unser spezielles Arbeitsgebiet zu geben.

II. Chemie.

Wenn man auch keineswegs sagen kann, dass die Chemie, abgesehen von ihren allgemeinen Beziehungen zur Medizin, in ihren verschiedenen Zweigen so eng mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie verknüpft ist, wie dies bei der Physik der Fall ist, so gibt es doch genug Punkte von grosser und unmittelbarer Bedeutung, in denen diese beiden Wissensgebiete zusammenhängen.

In erster Linie gewinnt die synthetische Chemie täglich für uns insofern an Bedeutung, als sie uns mit neuen und wichtigen pharmazeutischen Präparaten bereichert. Brauche ich Sie an das Orthoform, Anaesthesin, Adrenalin, Jodoform, Sozojodol, Wasserstoffsuperoxyd zu erinnern, um nur einige aus der grossen Zahl der neuen Mittel herauszugreifen, die, sozusagen, unseren festen Lagerbestand bilden und deren Einführung wir der synthetischen Chemie verdanken? Jeden Tag wächst infolge der Fortschritte in dieser verwandten Wissenschaft unsere Fähigkeit, Nutzen zu stiften, und wir haben uns heute daran gewöhnt, ständig neue Förderung unseres therapeutischen Könnens von dieser Quelle zu erwarten.

Es ist wahr, dass Skeptiker mit einigem Schein von Recht sagen könnten, dass wir in den letzten Zeiten etwas zu viel des Guten an neuen Mitteln gehabt haben und noch haben; ich will das aber um so lieber unentschieden lassen, als die Chemie uns nicht nur in Hinblick auf die Therapie, sondern auch für die Diagnose von Nutzen ist. Hauptsächlich mit Hilfe der verschiedenen chemischen Reaktionen sind wir imstande, Ergüsse von Cerebrospinalflüssigkeit und die bei vasomotorischen Affektionen in der Nase vorkommende gewöhnliche Sekretion von einander zu unterscheiden.

Schliesslich — wenn das auch vielleicht „Zukunftsmusik" genannt werden möge — sehe ich für meine Person dem Tage entgegen, an dem weitere Fortschritte in der physiologischen Chemie uns möglicherweise in den Stand setzen mögen, subtile Unterschiede in der Zusammensetzung der Nerven und Muskeln zu erkennen. Sollte diese Hoffnung sich verwirklichen, so wird uns die physiologische Chemie vielleicht ermöglichen, das grosse Problem zu lösen, das in den letzten 25 Jahren so manche unter uns beschäftigt hat, nämlich, die Ursache für die geringere Widerstandsfähigkeit der Abduktorfasern des N. laryngeus recurrens und der von ihnen versorgten Muskeln in Fällen organischer Erkrankung von Wurzeln oder Kernen der motorischen Kehlkopfnerven zu finden.

III. Mathematik einschliesslich Statistik.

Gelegentlich müssen auch die Hilfsquellen der Mathematik für unsere Spezialitäten dienstbar gemacht werden. So erwies es sich z. B. vor einigen Jahren bei meinen Untersuchungen über die Ruhelage der Stimmbänder beim Menschen, wobei ich graduierte Kehlkopfspiegel benutzte, als notwendig, die beträchtliche Differenz zwischen der tatsächlichen und

anscheinenden Länge der gemessenen Entfernung richtig zu stellen. Die Differenz liess sich genau durch eine mathematische Formel ausdrücken.

In gleicher Weise misst Dr. Gevers in Löwen in einen neuen Arbeit über die Aërodynamik der Luftwege auf mathematischem Wege die Durchgängigkeit der Nasenhöhlen. Im Ganzen muss jedoch zugegeben werden, dass die Beziehungen zwischen reiner Mathematik und Laryngologie, Otologie und Rhinologie nur entfernter Natur sind.

Die Sache gewinnt jedoch einen ganz anderen Anblick, wenn wir die Wissenschaft der Statistik als eine Form angewandter Mathematik definieren und unter diesem Gesichtspunkt die Verwendung, die sie in unseren literarischen Arbeiten findet, betrachten.

Immer häufiger in den letzten Jahren ist die statistische Methode von uns nicht nur herangezogen, sondern es ist ihr auch in Fragen von grösster Bedeutung für Laryngologie, Otologie und Rhinologie eine entscheidende Stimme eingeräumt worden. Es dürfte daher wohl nicht unangebracht sein, an dieser Stelle die aufrichtige Hoffnung auszusprechen, dass diejenigen, die sich dieser Methode zur Entscheidung strittiger Punkte in unserer eigenen Wissenschaft bedienen, sich zuerst mit den allgemeinen Grundsätzen dieser Methode selbst vertraut machen mögen. Die Nichtbeachtung dieser Vorsicht hat in mehr als einem Fall nicht nur zu irrigen wissenschaftlichen Schlüssen, sondern zu beklagenswerten praktischen Resultaten geführt.

Ich will dies nur durch ein Beispiel veranschaulichen:

In keinem Kapitel auf dem Gebiet unserer eigenen Spezialdisziplinen hat die statistische Methode in den letzten Jahren häufiger Anwendung gefunden, als in dem vom Kehlkopfkrebs. In der Tat beurteilen die meisten Chirurgen die Frage, ob die einzelnen heutzutage zur Behandlung dieser furchtbaren Krankheit geübten Operationen von Nutzen sind oder nicht, ausschliesslich auf Grund von Statistiken, die die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden wiedergeben. Unglücklicherweise jedoch sind manche Forscher, die solche Statistiken zusammengestellt haben, in höchst empirischer Weise zu Werke gegangen. Sie haben einfach in ein und derselben Rubrik alle jemals vorgenommenen Operationen desselben Typus verzeichnet, ohne unerlässliche Unterscheidungen, wie die folgenden, zu machen:

1. Den Stand unserer Kenntnisse zur Zeit, in der jede Operation vorgenommen wurde.

2. Die enorm verschiedenen individuellen Verhältnisse in den Fällen, die ein und derselben Operation unterworfen wurden.

3. Die Fortschritte, die sich allmählich in der Technik dieser Operationen entwickelt haben.

Die Folgen eines solchen Vorgehens waren, wie für jeden, der den Prinzipien der Statistik je Beachtung geschenkt hat, klar ersichtlich ist, naturgemäss bedauerlich. Die wertvollsten Operationsmethoden, wie die Thyreotomie, gerieten in Misskredit, in dem sie sich leider noch befin-

den, weil einige Verfasser solcher Statistiken nicht sehen wollen oder können, dass eine Thyreotomie, die — wir wollen sagen — im Jahre 1870 vorgenommen worden ist, himmelweit von einer im Jahre 1904 unter gänzlich veränderten Verhältnissen der Diagnosestellung und Technik vorgenommenen Thyreotomie ist! — Demnach werfen sie ohne Berücksichtigung jener ungemein bedeutungsvollen Unterscheidungen alle Thyreotomien, die je gemacht worden sind, zusammen und schreiten dann mit Seelenruhe zur Verzeichnung der Nettoresultate. Als natürliche Folge solcher geradezu irreleitenden Statistiken hat sich ergeben, dass der wahre Wert der Thyreotomie in geeigneten Fällen zurzeit bei weitem nicht allgemein genug anerkannt ist, und diejenigen, die diese Operation während der letzten 15 Jahre in wirklich geeigneten Fällen mit glänzenden Erfolgen ausgeführt haben, müssen noch bis zu dieser Stunde einen mühseligen Kampf gegen diejenigen führen, die ein blindes Vertrauen in die eben beschriebene unzulängliche Art von Statistiken setzen. Es möge daher bei dieser Gelegenheit von Neuem dem Wunsche Ausdruck gegeben sein, dass jeder Mediziner, der an die Lösung einer medizinischen Frage vom statistischen Standpunkte aus herangeht, sich gründlich mit den Regeln für seine Berechnungen vertraut macht, bevor er dieselben auf die Frage, die er studieren will, anwendet.

IV. Meteorologie und Klimatologie.

Nur wenige Worte sind erforderlich über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Meteorologie und Oto-Laryngologie. Je mehr wir über den Einfluss lernen, den klimatische und meteorologische Verhältnisse auf gewisse Krankheiten ausüben, desto notwendiger erweist es sich für uns, diese Verhältnisse zum Nutzen für unsere Patienten zu studieren. Wir werden schwere Missgriffe vermeiden, wenn wir sie nicht an Orte schicken, die, wohl für andere Krankheiten geeignet, für ihren speziellen Fall aber nicht angebracht sind. Diese allgemeine Regel, auf unsere Spezialdisziplinen angewandt, tritt ganz besonders für die Kehlkopftuberkulose und den Mittelohrkatarrh in Kraft. Hinsichtlich der ersteren brauche ich nur daran zu erinnern, dass heute die Meinungen darüber, ob Höhenplätze für Fälle von Lungenschwindsucht mit Kehlkopfkomplikationen geeignet sind oder nicht, äusserst geteilt sind; in bezug auf den Mittelohrkatarrh hört man oft, dass Seeplätze einen ausgesprochen ungünstigen Einfluss auf ihn ausüben. Die Beziehungen zwischen Meteorologie und Klimatologie gehen natürlich weiter, als es in den eben angeführten Beispielen angedeutet ist und sicherlich wird ihnen die Beachtung, die sie verdienen, zu Teil werden.

V. Philosophie, Logik, Geschichte und Literatur.

Ueber den Zusammenhang von Philosophie, Logik, Geschichte und Literatur mit der Laryngologie, Rhinologie und Otologie möchte ich einige Worte gemeinsam sagen, da ihre Beziehungen zu unseren Spezialwissenschaften einander ähnlicher Art sind. Sie liegen nicht so zu Tage

und sind nicht so handgreiflicher Natur, wie die zur Physik, Chemie, Mathematik und den anderen Gebieten menschlicher Geistestätigkeit, von denen nachher die Rede sein soll, insofern es unmöglich ist, bestimmt ausgesprochene Punkte namhaft zu machen, in denen ihre Ergebnisse sich mit ebenso bestimmt ausgesprochenen Punkten unserer besonderen Interessensphäre berühren. Wenn aber auch ihre Beziehungen zu unserer Tätigkeit mehr subtiler Art sind, so sind sie darum nicht minder eng und obendrein, wenn ich so sagen darf, alldurchdringend. Der philosophisch veranlagte Spezialist wird seine eigene Tätigkeit und die Aufgaben seiner Spezialität von einem viel weiteren Gesichtspunkte aus betrachten, als der Mann, dessen Horizont durch die beschränkten und mehr oder minder engherzigen Lehren einer bestimmten Schule verdunkelt ist. Er wird sich von den Modeschwankungen des Augenblicks nicht mitreissen lassen und wird sich trösten, wenn er sieht, dass nicht nur das Publikum, sondern auch manche seiner Fachgenossen zeitweise angesichts einer neuen sensationellen Entwicklung, die nach Meinung ihres Urhebers und seiner Schüler uns das tausendjährige Reich zu bringen bestimmt sein soll, den Kopf verlieren; er wird sich trösten mit Ben Akiba's unsterblichem Wort: „Alles schon dagewesen“ und mit dem Gedanken, dass in wenigen Jahren dieselbe Schar der Gläubigen vor einem anderen goldenen Kalb anbetend niedersinken wird. — Der Mann, der logisch zu denken gelernt hat, wird sich, wenn er eine Arbeit schreibt, nicht auf schreienden Widersprüchen mit sich selbst ertappen lassen und wird, wenn er eine Kette von Gedanken entwickelt, diese Reihe zu dem einzig möglichen Schluss führen. — Der Autor, der seine literarischen Studien nicht auf das Lesen ausschliesslich medizinischer Erzeugnisse beschränkt, der in Kenntnis alles Schönen in der Literatur früherer und gegenwärtiger Zeit herangebildet ist und ein warmes Herz für das poetisch und literarisch Hervorragende in der Literatur aller Völker besitzt, wird auch sein eigenes Werk für den Leser anziehend gestalten und wird es verstehen, selbst schwer verständlichen wissenschaftlichen Fragen einen klaren Ausdruck zu verleihen. — Und ferner: der Laryngologe und Otologe, der etwas von Geschichte überhaupt und von der Geschichte der Entwicklung seiner eigenen Spezialität im besonderen weiss, wird beim Vergleich der Ergebnisse unserer Zeit mit denen unserer Vorgänger einen unendlich höheren Standpunkt einnehmen, als der Mann, für den Alles, was zehn Jahre vorher veröffentlicht worden ist, nur „alte Geschichte“ ist und nicht des Lesens wert. Vor allem wird er aus den Lehren der Vergangenheit die eine grosse Wahrheit gelernt haben, dass, eine wie wichtige Entdeckung er selbst auch gemacht zu haben glaubt, ihm Bescheidenheit ziemt angesichts dessen, was vor ihm geleistet worden ist.

Es ist äusserst verlockend, das, was ich eben gesagt habe, an den Schriften einiger unserer Kollegen zu veranschaulichen, deren wissenschaftliche Erzeugnisse sich durch Anmut des Stils, durch Klarheit des Ausdrucks, durch unerbittliche Logik des Denkens und tiefe Kenntnis

von Geschichte und Literatur anderer Gegenstände auszeichnen, aber abgesehen von der Frage der Länge dieses Vortrages, die wie ein Damoklesschwert über mir hängt, würde ein solches verführerisches Unternehmen seine bedenklichen Seiten haben. Ich hoffe jedoch, dass Niemand darüber Groll empfinden wird, wenn ich, bevor ich mich von diesem Gegenstand abwende, voller Bewunderung auf die Arbeiten zweier amerikanischer Spezialisten hinweise, die die Wahrheit dessen, was ich eben gesagt habe, illustrieren, nämlich auf die ausgezeichneten geschichtlichen und literarischen Untersuchungen von Dr. John Mackenzie aus Baltimore, die manchen seiner Schriften ein ganz besonderes Gepräge geben, und auf die neue grossartige Geschichte der Laryngologie und Rhinologie von Dr. Jonathan Wright, ein Werk, das infolge der ungewöhnlichen Vereinigung aller der philosophischen, literarischen und historischen Eigenschaften, von denen ich sprach, meiner festen Ueberzeugung nach in der Literatur unserer Spezialwissenschaften als ein klassisches bestehen wird.

VI. Technologie.

Wenige Worte müssen genügen, um Sie an die grosse Bedeutung zu erinnern, die jeder technologische Fortschritt für diejenigen hat, deren Tätigkeit in der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten besteht. Von Jahr zu Jahr gestalten sich diese Spezialitäten mehr und mehr zu Zweigen der Chirurgie, und so beschäftigt uns konstant die Frage nach der chirurgischen Ausrüstung. Die meisten unserer Instrumente sind zweifellos von Spezialisten selbst erfunden; in einer nicht kleinen Zahl von Fällen sind wir jedoch nur im Stande, dem Instrumentenmacher die leitende Idee anzugeben, deren Erfolg oder Nichterfolg von dem konstruktiven Talent des letzteren abhängt. Es kommt nicht selten vor, dass Patienten selbst Verbesserungen an schon vorhandenen Instrumenten oder Apparaten angeben. So wurde der sinnreichste und gleichzeitig einfachste Sprechapparat zum Gebrauch für Patienten, die zeitweilig oder für immer zum Tagen einer Kanüle verurteilt sind, den ich je gesehen habe, von einem Uhrmacher angefertigt, der das Unglück hatte, selbst zu dieser Klasse von Patienten zu gehören. Ein Blick auf die unzähligen „Modifikationen“ von allgemein gebrauchten Instrumenten, die in den Katalogen der verschiedenen Instrumentenmacher empfohlen werden, zeigt die Innigkeit und Wichtigkeit unserer Beziehungen zur Technologie, und ich möchte Sie am Schluss dieses Hinweises nur an die Umwälzung erinnern, die sich im Stillen an unserem Instrumentarium während der letzten Jahre vollzogen hat, wo entsprechend der grossen Bedeutung der aseptischen Chirurgie es unser Ziel geworden ist, alle Instrumente aus Metall anfertigen zu lassen und Holz gänzlich zu verbannen.

VII. Musik.

Wir kommen nunmehr zu einem höchst verlockenden Thema — den Beziehungen der edlen Kunst der Musik zu Laryngo-Rhino-Otologie. Die Innigkeit dieser Beziehungen liegt offen zu Tage: ohne das, was man

„ein musikalisches Ohr“ nennt, ist Musik eine Unmöglichkeit; ohne einen gesunden Kehlkopf ist Singen undenkbar. Wenn ich von einem „musikalischen Ohr“ spreche, so meine ich natürlich die Kontrolle, die das Ohr an der Technik des Musikausführenden übt; dass Musik in ihrer höchsten Vollendung ganz oder doch fast ganz unabhängig von der Hörfähigkeit ist, wird durch nichts klarer bewiesen, als durch das Beispiel tauber Komponisten, deren „innere Stimme“, um mit Robert Schumann zu sprechen, sie über die anscheinend unerlässliche Fähigkeit zu hören hinweghebt. Beethoven war taub, als er die neunte Symphonie schrieb, und es lässt sich nichts Ergreifenderes denken, als die verbürgte Tatsache, dass, als nach ihrer ersten Aufführung die Zuhörerschaft in einen unbeschreiblichen Begeisterungssturm ausbrach, eine der Sängerinnen den tauben Meister auf seinem Stuhl herumdrehen musste, damit er den Beifall, den er — ach! — nicht mehr hören konnte und mit dem das Wiener Publikum diese wahrscheinlich grösste Komposition aller Zeiten begrüsste — wenigstens sähe! Aber selbst in diesem exzeptionellen Falle tritt die enge Beziehung der Musik zu der physischen Fähigkeit des Gehörs in charakteristischer Weise zu Tage. Hätte dem grossen Komponisten beim Schlusschor das musikalische Gehör geholfen, so glaube ich nicht, dass er die Sopranpartien so geschrieben hätte, wie er es tat, nämlich zu hoch, um ohne grosse Anstrengung von der Stimme erreicht zu werden, und in ihrer Wirkung dem Ohr des gewöhnlichen Hörers nicht durchgehends angenehm klingend.

Für den Zusammenhang von Laryngologie und Gesang kann sicherlich keine bezeichnendere Tatsache angeführt werden, als dass das Laryngoskop, auf dem die moderne Laryngologie beruht, die Erfindung nicht eines Mediziners, sondern eines Sängers ist, des verehrungswürdigen Señor Manuel Garcia, dem ein gnädiges Geschick es vergönnt hat, in ungeschmälertem Besitz all seiner körperlichen und geistigen Kräfte im patriarchalischen Alter von 100 Jahren zu leben und dessen 100jährigen Geburtstag wir mit Gottes Hilfe im März nächsten Jahres zu feiern hoffen. Dieses glückliche Ereignis wird, wie ich beiläufig bemerken möchte, mit dem fünfzigjährigen Jubiläum der Laryngologie zusammenfallen, insofern Garcia's epochemachende Arbeit, die er der Royal Society of London im Jahre 1854 unter dem Titel: „Physiologische Beobachtungen über die menschliche Stimme“ vorlegte, im Jahre 1855 in den Verhandlungen dieser Gesellschaft (Vol. XII, No. 13) veröffentlicht wurde. Garcia wurde zu seiner Entdeckung durch den bei einem intelligenten Sänger natürlichen Wunsch geführt, die physiologischen Eigenschaften des wunderbarsten aller Instrumente, der menschlichen Stimme, durch direkte Besichtigung seiner Bestandteile während des Singaktes zu studieren. Seit jener Zeit sind vielfache Bemühungen gemacht worden, die durch den Kehlkopfspiegel gefundenen Tatsachen für die Gesangskunst nutzbar zu machen. Wahrheitsliebe aber zwingt mich zu gestehen, dass diese Bemühungen bisher weniger erfolgreich gewesen sind, als man

eigentlich hätte erwarten sollen. Es ist für den Kehlkopfspiegel in Anspruch genommen worden und wird es noch, dass derselbe für die verwickelten Fragen, die bezüglich der Produktion der Singstimme auftauchen, als Gesetzgeber anerkannt werden solle; aber, wie ich bereits bei einer früheren Gelegenheit gesagt habe: in Bezug auf den Gesangsunterricht gibt es keine „höhere Weisheit", die auf laryngoskopischen Beobachtungen beruht. Heute, wie in früheren Tagen, wird der Lehrer, der seinen Unterricht auf den klassischen Ueberlieferungen der Gesangskunst begründet und der in jedem seiner Obhut anvertrauten Falle sorgfältig individualisiert, sicherlich mehr Erfolge haben, als der Theoretiker, der, von vorgefassten Ideen ausgehend, deren Richtigkeit nicht erwiesen ist, den natürlichen Mechanismus der Stimmen seiner Schüler unter seine unbeugsame Formel zwingt und damit in nicht wenig Fällen denselben zu Grunde richtet.

Diese Warnung hat natürlich nicht den Zweck, Laryngologen und Gesanglehrer irgendwie von einer Vereinigung ihrer Kräfte zur Entscheidung stimmphysiologischer Fragen abzuschrecken; neuere Arbeiten, wie die von Holbrook Curtis, Flatau, Bukofzer und Imhofer zeigen, wie wertvoll die Unterstützung der Laryngologen für die Tätigkeit des Gesanglehrers in Fragen, wie z. B. die Methode der Intonation, sein kann, ein Punkt, an dem sich Kunst und Wissenschaft auf's Engste berühren. Zukünftigen anatomischen und physiologischen Untersuchungen wird es vorbehalten sein, die verlockenden Fragen von der gegenseitigen Abhängigkeit der Centren und Bahnen für Gehör und Tonbildung im Gehirn zu lösen. Die zur Zeit vorliegenden Tatsachen genügen nicht zum völligen Verständnis dafür, welcher Art die zu- und ableitenden Fasern sind, durch die Eindrücke zu und von den Centren geleitet werden, wie dieselben in Willensimpulse umgesetzt werden und wie sie den gewünschten Ton der Stimme hervorbringen.

Für die Zwecke dieses Vortrages werden, wie ich hoffe, die vorstehenden kurzen Bemerkungen genügen, um zu zeigen, dass es keine bessere Illustration für die gegenseitige Beziehung der verschiedensten Künste und Wissenschaften gibt, als das Gebiet der Musik und besonders des Gesangs. Diese edle Kunst ist untrennbar verknüpft mit Laryngologie, Otologie und Rhinologie — denn die Nebenhöhlen der Nase dienen als Resonatoren für die im Kehlkopf gebildeten Töne — Anatomie, Physiologie und Physik.

VIII. Biologie.

Betrachten wir die Beziehung unserer Wissenszweige zur Biologie — wobei wir von dieser allgemeinen Bezeichnung die Anatomie und Physiologie des Menschen ausnehmen —, so findet auf dieses Verhältnis dasselbe Anwendung, was ich soeben vom Verhältnis der Musik zu unseren Spezialdisziplinen sagte: es ist mehr von der Zukunft zu erwarten, als in der Vergangenheit erreicht worden ist. Zweifellos hat

sich das Studium der vergleichenden Anatomie und Physiologie, besonders des entwickelungsgeschichtlichen Teils dieser Wissenschaften, als sehr nützlich erwiesen für unser Verständnis vom Entstehen, der allmählichen Entwicklung und schliesslicher Zusammensetzung der komplizierten Organe erwiesen, mit denen wir es zu tun haben und in nicht wenigen Fragen, besonders in denen, die den nervösen Mechanismus des Kehlkopfs betreffen, sind die Lehren der Experimentalphysiologie von der grössten Bedeutung gewesen, insofern sie dazu beitrugen, die schwierigen Probleme zu lösen, die uns auf diesem Gebiete beschäftigen. Nichtsdestoweniger glaube ich keinen Widerspruch zu finden, wenn ich sage, dass wir für die Aufklärung schwieriger Fragen, denen wir in der Laryngo-Oto-Rhinologie gegenüberstehen, noch weit mehr von der Fortsetzung unserer biologischen Studien erwarten können.

IX. Medizin.

Schliesslich — und last, not least — habe ich die Beziehungen der Laryngo-Oto-Rhinologie zu anderen Zweigen unserer grossen Mutterwissenschaft, der Medizin, zu erörtern. Das Thema ist so gross, dass, um ihm gerecht zu werden, nicht ein, sondern eine Reihe von Vorträgen notwendig wäre. Bei jedem Schritt wird der Spezialist, der einen offenen Blick hat, an den Zusammenhang seines begrenzten Arbeitsfeldes mit anderen Gebieten medizinischer Kunst und Wissenschaft erinnert.

Anatomie, Physiologie, Pathologie. Er kann nichts Nutzbringendes wirken ohne eine intime Kenntnis von der Anatomie der seiner Obhut anvertrauten Organe und ihren anatomischen Beziehungen zu angrenzenden oder auch entfernteren Körperteilen. Um krankhafte Veränderungen von Nase, Hals und Ohr verstehen zu können, muss er mit der Tätigkeit dieser Organe während der Gesundheit, mit anderen Worten ihrer Physiologie, gründlich vertraut sein. Wo immer die klinische Beobachtung unzureichend ist oder auf falscher Fährte sich befindet, kann er an keinen besseren Helfer sich wenden, als die pathologisch-anatomische Untersuchung. Es darf glücklicherweise gesagt werden, dass die Ueberzeugung enger Zusammengehörigkeit mit den drei genannten Wissenschaften in uns immer lebendiger wird. Wir überlassen die Untersuchung anatomischer, physiologischer und pathologischer Probleme, die unsere Spezialitäten betreffen, nicht mehr ausschliesslich den Händen der Professoren dieser Fächer; eine grosse Anzahl von sehr wertvollen Beiträgen zur Aufklärung solcher Probleme ist in den letzten Jahren von Angehörigen unserer eigenen Spezialdisziplinen geliefert worden und in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen hat das Zusammenarbeiten von Laryngologen, Rhinologen und Otologen mit reinen Anatomen, Physiologen und Pathologen die wertvollsten wissenschaftlichen Ergebnisse zu Tage gefördert.

Es genügt, an die anatomischen Arbeiten von B. Fraenkel und seinen Schülern, von Broeckaert, Onodi, Paul Heymann, Elsberg,

Carl Seiler, Körner, Jelenffy, Killian, Politzer, Gruber, Urban Pritchard, Tilley, Logan Turner, Kanthack, Seifert, Siebenmann, Gouguenheim und Lermoyez zu erinnern; an die physiologischen Untersuchungen von Schech, Grabower, H. Krause, Katzenstein, Klemperer, Fraenkel, Hooper, Bryson Delavan, Frank Donaldson jun., Desvernine, Réthi, Hajek, Zwaardemaker, Greville Mac Donald; an die pathologischen Studien von Heinze, Grünwald, Kuttner, Seifert, Kahn, Heryng und Butlin, sowie an die gemeinsamen Arbeiten von B. Fraenkel und Gad, von Bowditch und Donaldson, von v. Mering und Zuntz, von Mikulicz und Michelson, zu denen ich mir vielleicht erlauben darf, die von Victor Horsley und mir selbst unternommenen Untersuchungen hinzuzurechnen — um zu zeigen, dass das oben Gesagte keine blosse Behauptung darstellt, sondern auf feststehenden Tatsachen begründet ist. Auf der anderen Seite erkennen wir dankbar die sehr wichtige Unterstützung an, die unsere laryngologischen Kenntnisse von so ausgezeichneten Anatomen, Physiologen und Pathologen, wie Luschka, Sappey, Zuckerkandl, Exner, Hermann Munk, Richard Ewald, Risien Russell, Bechterew und Anderen erfahren haben. Und doch sind dies, wie ich ausdrücklich sagen möchte, nur einige auf's Geratewohl aus dem Gedächtnis geschöpfte Namen von solchen, die in den letzten 20 Jahren unsere Kenntnis von Anatomie, Physiologie und pathologischer Histologie der Nase, des Halses und des Ohres enorm gefördert haben.

Bakteriologie. Von der pathologischen Anatomie ist nur ein Schritt zu der jüngsten Entwicklungsstufe dieser Wissenschaft, der Bakteriologie. Hier zeigt sich wieder überall das enge Verhältnis unserer Spezialdisziplinen zu dieser neuen Wissenschaft. Aus der bakteriologischen Untersuchung des Auswurfs entnehmen wir in Fällen, in denen die klinische Untersuchung von Nase, Rachen, Kehlkopf oder Ohr uns in Zweifel darüber lässt, ob wir es mit Tuberkulose zu tun haben, die wahre Natur der Affektion, die unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt; wir unterscheiden mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchung zwischen wahrer Diphtherie, Angina Vincentii und anderen Formen septischer Entzündung von Mund- und Rachenhöhle; die Anwendung von Antitoxin ermöglicht bei der Diphtherie, dieser Geissel der Menschheit, ein unendlich erfolgreicheres Eingreifen, als in irgend einem früheren Stadium unserer Kenntnisse; wir ermitteln bei jenen furchtbaren, obwohl glücklicherweise seltenen Fällen, die ich unter dem Namen „Akute septische Entzündungen in Rachen und Hals“ zusammengefasst habe, die Natur des besonderen pathogenen Mikroorganismus, der im gegebenen Falle den Krankheitserreger darstellt, und obwohl wir heute noch keineswegs Herren der Situation sind, gelingt es uns doch in einer gewissen Zahl dieser Fälle, besonders in solchen, bei denen der Streptococcus die septische Entzündung verursacht, durch Anwendung des Antistreptokokken-Serums den sonst unvermeidlichen tödlichen Ausgang abzuwenden.

Tatsache ist, dass ein fast unbeschränkter Ausblick auf weitere Fortschritte sich für unsere Spezialitäten bei einer Anzahl von früher schwer zu behandelnden Krankheiten infolge der Geburt und des Aufblühens der Bakteriologie eröffnet hat.

Innere Medizin. Auf den Zusammenhang von Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit der inneren Medizin ist es kaum erforderlich, des Näheren einzugehen. Wenn es auch natürlich eine Anzahl von lokalen Erkrankungen jener Organe gibt, die durchaus auf diese beschränkt bleiben, so ist doch in einer anderen sehr grossen Zahl die Affektion, für die die Hilfe des Spezialisten aufgesucht wird, nur Teil und Stück einer Systemerkrankung, und es scheint hohe Zeit, wie ich bereits an einer anderen Stelle zu zeigen mich bemüht habe, dass nicht nur das Publikum, das zu der Anschauung gelangt ist, jede Affektion in Hals, Nase und Ohr müsse lokal behandelt werden, sondern auch manche heissblütige Spezialisten zu dem Verständnis kommen, dass in solchen Fällen nicht so sehr eine lokale, wie eine konstitutionelle Behandlung angezeigt ist. Es gibt Fälle von allgemeiner Anämie, von periodischen Kreislaufstörungen, von allgemeiner Plethora, von nervöser Erregbarkeit, von Gicht, bei denen, ohne dass in Hals, Nase oder Ohr irgend eine tatsächliche Veränderung vorhanden ist, unangenehme Empfindungen in diesen Teilen verspürt werden; diese können nur dann mit Erfolg behandelt werden, wenn die allgemeinen Verhältnisse, von denen diese lokalen Sensationen abhängen, beachtet werden. Auf der anderen Seite sind tatsächliche organische Veränderungen an diesen Teilen oft genug von der grössten Bedeutung für die Diagnose und geeignete Behandlung schwerer Allgemeinerkrankungen. Um nur ein paar Beispiele anzuführen: Lähmung eines Stimmbandes kann lange Zeit hindurch das einzige tatsächliche mit den uns bisher zu Gebote stehenden Mitteln auffindbare Anzeichen eines Aneurysma der Aorta oder anderer Mediastinaltumoren, oder von Veränderungen in der hinteren Schädelhöhle oder von pleuritischen Schwarten an der rechten Lungenspitze, oder von Speiseröhrenkrebs und von einer Menge anderer schwerer Organerkrankungen darstellen; gewisse laryngoskopische Anzeichen ermöglichen es uns, das Bestehen einer Lungentuberkulose zu einer Zeit zu diagnostizieren, wo alle alle anderen Symptome fehlen; die Killian'sche Bronchoskopie, eine der wertvollsten modernen Bereicherungen unserer diagnostischen und therapeutischen Ausrüstung, gestattet uns, Fremdkörper selbst aus den kleineren Bronchialästen zu entfernen; chronische Verstopfung der Nase übt zweifellos einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheit aus, eine Tatsache, die am deutlichsten durch die überraschende Besserung im Allgemeinbefinden nach Entfernung adenoider Vegetationen bei ausgesprochenen Fällen bewiesen wird; man weiss heute, dass ein Cerebralabscess sehr viel häufiger, als man noch vor wenigen Jahren glaubte, auf Erkrankungen des Mittelohrs und des Warzenfortsatzes zurückzuführen ist: auch sind diese Abscesse der Behandlung unendlich viel zugänglicher gemacht worden, als man in

früheren Zeiten zu hoffen wagte. Ich will Sie ferner an die Häufigkeit von Affektionen in Hals, Nase und Ohr bei Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Typhus und Influenza, erinnern, ferner an die Erscheinungen von Gicht, Rheumatismus und Syphilis in diesen Teilen. Diese Aufzählung könnte leicht noch fortgesetzt werden; ich hoffe aber, dass die angeführten Beispiele für den Nachweis der nahen Beziehungen zwischen unseren Spezialfächern und der inneren Medizin genügen werden.

Chirurgie. Wenn ich eben sagte, es sei fast überflüssig, auf die Intimität unserer Beziehungen zur inneren Medizin hinzuweisen, so trifft dies in noch höherem Grade auf unseren Zusammenhang mit der Chirurgie zu, denn unsere Spezialfächer gestalten sich täglich mehr zu Zweigen der Chirurgie selbst. Ich habe bei einer anderen Gelegenheit meiner Ueberzeugung Ausdruck gegeben, dass es in der Natur der Dinge liegt, wenn ein Teil des menschlichen Körpers infolge der Fortschritte der Wissenschaft für Auge und Hand zugänglicher geworden ist, dass dann die Behandlung dieser Körperteile allmählich von der inneren Medizin an die Chirurgie übergeht. Das ist letzthin in Bezug auf die Entwicklung der Laryngologie, Otologie und Rhinologie so sehr der Fall gewesen, dass, wenn im weiteren Verlauf eine Gefahr vorhanden ist, diese nicht in einer Unterschätzung, sondern vielmehr in einer Uebertreibung der Idee zu erblicken ist, dass mit dem Vorhandensein einer Affektion in Hals, Nase oder Ohr unabänderlich auch der Gedanke an einen chirurgischen Eingriff verbunden werden müsse. Dies ist jedoch ein Thema, über das ich mich bei dieser Gelegenheit nicht weiter verbreiten will; im Gegenteil möchte ich lieber die glänzenden Erfolge anerkennen, die in den letzten Jahren — und zwar, wie ich mit Genugtuung hinzufügen kann, meist von Spezialisten — in der chirurgischen Behandlung der Anfangsstadien des Kehlkopfkrebses durch Thyreotomie, der Nebenhöhlenerkrankungen und der Septumverbiegungen, in der Radikalbehandlung der Warzenfortsatzerkrankung und in der Entfernung von Fremdkörpern aus Bronchien und Speiseröhre gemacht worden sind. Alle diese Ergebnisse gehören zu den wahrhaften Triumphen der modernen Chirurgie.

Kinderkrankheiten. Der grosse Prozentsatz von Kindern, den man in den Ambulatorien und Privatsprechstunden der Hals-, Nasen- und Ohrenspezialisten erblickt, legt ein beredtes Zeugnis ab für den engen Zusammenhang von Kinderkrankheiten und Affektionen der Gehör- und oberen Atmungsorgane. Hier ist vor allem der adenoiden Vegetationen und ihres weitreichenden Einflusses auf die allgemeine Entwicklung zu gedenken, eines Einflusses, von dem nur aufrichtig zu wünschen ist, dass er nicht übertrieben werden möge. — Da sind ferner die Infektionskrankheiten des Kindesalters, in deren Verlaufe Komplikationen von seiten der Ohren, des Halses und der Nase eine grosse Rolle spielen. Es ist erfreulich festzustellen, wie viel mehr Aufmerksamkeit Regierung und Gesundheitspolizei der Beschaffenheit der oberen Atmungswege und

der Ohren bei den Kindern heutzutage erweisen, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war, und zu lesen, wie immer häufiger Untersuchungen der Schulkinder auf ihre Hör- und Atemfähigkeit in den verschiedenen Ländern der Welt angestellt werden. Das ist sicher der richtige Weg, um das Wohl der Allgemeinheit zu fördern.

Ophthalmologie. Während in Nordamerika eine Reihe von Jahren hindurch die spezialistische Behandlung von Augen-, Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten in einer Hand vereint war, sowohl in der Privat- wie in der Hospitalspraxis, ist es verhältnismässig jungen Datums, dass man auf die engen Beziehungen zwischen Erkrankungen des Auges und der Nase aufmerksam geworden ist. Bahnbrechend nach dieser Richtung hin ist zweifellos Dr. Ziem in Danzig gewesen. Seitdem er vor ungefähr 20 Jahren seine erste Arbeit veröffentlichte, haben wir inbezug auf die Bedeutung dieses Zusammenhangs viel hinzugelernt. Der Leser, der nicht selbst auf diesem Gebiete gearbeitet hat, wird überrascht sein, wenn er aus dem neuen glänzenden Beitrag zu dieser Frage, der aus der Feder Prof. Schmiegelow's in Kopenhagen stammt, sieht, wieviel seit den ersten Untersuchungen Ziem's auf diesem Felde veröffentlicht worden ist und wieviel mehr noch zu tun übrig bleibt.

Dermatologie und syphilitische Erkrankungen. Auch hier ist der enge Zusammenhang zwischen Erscheinungen auf der äusseren Haut und ähnlichen auf der Schleimhaut eine feststehende Tatsache. Das Kapitel von der Syphilis des Halses, der Nase und des Ohrs gehört zu den wichtigsten auf unserem Gebiet, und sobald wir auf eine unklare Affektion treffen, muss stets die Möglichkeit der Syphilis in Erwägung gezogen werden. Andererseits sind Ausschläge auf der Schleimhaut des Rachens, der Nase und des Kehlkopfs nicht allein häufige Begleiterscheinungen analoger Hautaffektionen, sondern sie können derartigen äusseren Symptomen auch vorausgehen und sogar lange Zeit hindurch auf die Schleimhäute beschränkt bleiben. So treten Lupus, Herpes, Pemphigus, Lichen und eine Schar anderer Ausschläge bisweilen zuerst in den unserer Behandlung anvertrauten Organen auf und können den Spezialisten, der nur eine geringe Kenntnis der Hautkrankheiten hat, in Verlegenheit bringen.

Neurologie und Geisteskrankheiten. Als ich die Beziehungen unserer Spezialdisziplinen zur inneren Medizin erörterte, habe ich bereits gelegentlich die Bedeutung der Kehlkopflähmung für die Erkennung einiger der schwersten intrathoracischen Erkrankungen erwähnt. Die Laryngologie hat jedoch nicht nur in Verbindung mit diesen, sondern auch mit zahlreichen Affektionen des Centralnervensystems die grösste Wichtigkeit für die Neurologie. Die Auffindung einer Kehlkopflähmung kann das erste Zeichen für das Bestehen einer Erkrankung im Centralnervensystem sein, und das zeigt sich bei keiner Erkrankung deutlicher, als bei der Tabes dorsalis. Ferner begleiten Neurosen der Riechnerven nicht selten wichtige intracranielle Erkrankungen. So kann bei Hysterie,

Basilarmeningitis und motorischer Ataxie Anosmie vorkommen, so kann Parosmie bei Hysterie, Epilepsie und Hypochondrie sich finden oder Geistesstörungen noch schwererer Art vorausgehen. Affektionen des inneren Ohres und der Hörnerven kommen bei vielen Erkrankungen des Centralnervensystems vor. Gehörshalluzinationen, wie das Hören von Stimmen, können verschiedene Arten von Geisteskrankheiten begleiten oder sogar einleiten, und die Symptome der Menière'schen Krankheit kommen wahrscheinlich ebenso oft unter die Beobachtung des Neurologen wie des Ohrenarztes.

Ich stehe davon ab, in eine weitere Aufzählung von Zweigen der Medizin einzutreten, mit denen unsere Spezialitäten gemeinsame Berührungspunkte haben. Mein Verzeichnis ist keineswegs erschöpft, und ich kann Sie als Beweis dafür nur an ihren Zusammenhang mit der Zahnheilkunde erinnern, wobei der Berührungspunkt in den Erkrankungen der Highmorshöhle gegeben ist. — In der Tat darf ausgesprochen werden, dass es schwerlich irgend ein Fach der Medizin gibt, das nicht gelegentlich mit Interessen der Laryngologie, Rhinologie oder Otologie in Berührung kommt.

Ich hätte zum Schluss gern bei den Beziehungen der drei Spezialdisziplinen zu einander verweilt, eine Frage, über die ich meine eigenen Ansichten habe. Abgesehen jedoch davon, dass ich mich innerhalb der gesetzten Zeitgrenze halten muss, würde es nicht am Platze sein, Streitpunkte in einen Vortrag wie diesen einzuführen. Auch habe ich bei mehr als einer früheren Gelegenheit meine Ansichten über diesen höchst wichtigen Gegenstand so klar wie möglich ausgesprochen.

Und nun, meine Herren, da ich mich am Ende meiner Aufgabe sehe, lassen Sie mich sagen, dass Niemand sich peinlicher bewusst sein kann, als ich es bin, wie unvollkommen ich sie erfüllt habe! — Ich hatte die Absicht, Ihnen ein Gemälde voller Leben vor Augen zu führen, und nun, da ich zurückschaue, muss ich mir selbst gestehen, dass ich Ihnen wenig mehr als einen Rahmen geliefert habe, den Ihre eigene Kenntnis und Einbildungskraft ausfüllen muss. Ich hatte gehofft, Ihnen für jede meiner Behauptungen ausführliche Belege zu geben, und ich sehe, dass meine Arbeit wenig mehr ist als eine Art Katalog, in dessen Rubriken ich nur Andeutungen, keine sorgsamen Ausarbeitungen geben konnte.

Aber wenn ich auch diese Mängel ohne Vorbehalt einräume, so kann ich doch, wie ich hoffe, mit Recht geltend machen, dass das mir zugeteilte Thema von einer derartigen Grösse ist, dass es fast unmöglich war, ihm innerhalb der mir gegönnten Zeit volle Gerechtigkeit angedeihen zu lassen. So unvollkommen meine Auseinandersetzungen auch gewesen sein mögen, ich wage doch zu hoffen, dass sie durch den Nachweis von der engen Beziehung der Laryngologie, Otologie und Rhinologie mit menschlicher Tätigkeit auf so vielen anderen Gebieten von Kunst und Wissenschaft die Wahrheit von Goethe's unsterblichen Worten gezeigt haben:

„Zwar ist's mit der Gedankenfabrik
Wie mit einem Webemeisterstück,
Wo ein Tritt tausend Fäden regt,
Die Schifflein herüber, hinüber schiessen,
Die Fäden ungesehen fliessen,
Ein Schlag tausend Verbindungen schlägt."

und dass sie die warnenden, von mir am Anfang dieser Rede angeführten Worte meines grossen Lehrers Virchow mehr als gerechtfertigt haben: „dass keine Spezialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesamtkörper der Wissenschaft, dass keine Spezialität fruchtbar und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer wieder von neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Spezialitäten, wenn sie alle sich nicht gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nötig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht".

---

b) Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medizinischen Kongressen und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten*).

(Nach einem am 2. April 1899 vor der Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg gehaltenen Vortrage.)

Die beiden im Titel genannten Fragen verdienen die ernsteste Beachtung aller Beteiligten. Die erste hat seit fast 20 Jahren periodisch zu Erörterungen der unerfreulichsten Art geführt, ohne dass sie bis heute dauernd erledigt wäre. Die zweite hat freilich erst in neuerer Zeit ein aktuelles Interesse gewonnen, dürfte aber für die weitere Entwicklung der Laryngologie in der nächsten Zukunft von wesentlichster Bedeutung sein.

Der ermüdende Kampf um die Gleichberechtigung unserer Spezialität mit anderen Zweigen der Medizin bei den internationalen Kongressen ist fast immer einzelnen Personen und Fachblättern überlassen geblieben; in seltenen Fällen nur hat eine einzelne Fachgesellschaft oder eine Vereinigung von Universitätslehrern in ihm Stellung genommen; eine wirklich imposante Aeusserung der öffentlichen Meinung aber ist bisher niemals erfolgt.

Was die zweite Frage anlangt, so fehlt es in noch höherem Masse an einer derartigen Aeusserung. Alles, was bisher darüber öffentlich gesagt worden ist, stellt völlig individuelle Anschauungen einzelner Spezialisten dar und welches die wirkliche Meinung aller oder doch der Mehrzahl

*) Veröffentlicht im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. 1899. Jahrg. XV. No. 6, 7 und 8.

der Fachgenossen über sie ist, dürfte im Augenblick niemand mit Sicherheit sagen können.

Angesichts der Wichtigkeit beider Fragen aber scheint es gegenwärtig, wo wir in den Fachgesellschaften, die nunmehr fast allerorts bestehen, Mittelpunkte für die Sammlung der Ansichten besitzen, dringend wünschenswert, endlich einmal darüber Klarheit zu gewinnen, welches denn eigentlich die öffentliche Meinung ist.

Die folgenden Betrachtungen seien daher allen Fachgenossen, ganz besonders aber den Vorsitzenden laryngologischer und otologischer Gesellschaften zur geneigten Beachtung empfohlen. Der Herausgeber des Centralblatts erlaubt sich, denselben den Vorschlag zu unterbreiten, die beiden im Titel genannten Fragen in der ihnen geeignet erscheinenden Form im Schosse ihrer Gesellschaften zur Diskussion zu bringen und am Schlusse derselben die Meinung der Majorität durch Abstimmung festzustellen. Diese Abstimmung sollte womöglich allerorts eine namentliche sein; denn wenn je in einer Frage, so dürfte besonders bei der zweiten hier angeregten der Grundsatz zutreffen, dass man die Stimmen nicht nur zählen, sondern auch wägen müsse. Das Centralblatt wird gern die betreffenden Resolutionen nebst der Liste der Stimmenden zum Abdruck bringen und schliesslich eine Zusammenstellung der erzielten Resultate geben. Auf Grundlage dieser dürfte es dann möglich sein, auf dem im nächsten Jahre bevorstehenden Pariser Kongresse zu einer Verständigung darüber zu gelangen, welches die Wünsche der Majorität der Spezialisten beider Fächer sind und in welcher Form dieselben den Organisationscomités späterer Kongresse zu übermitteln sind. Bisher haben diejenigen, die für die Gleichberechtigung der Laryngologie mit anderen Spezialitäten und für ihre selbständige Stellung bei diesen Gelegenheiten eingetreten sind, sich stets bereits gefassten Beschlüssen gegenüber gefunden, die dann nur mit grosser Mühe verändert oder rückgängig gemacht werden konnten. Unsere Aufgabe für die Zukunft muss es sein, die Fassung solcher Beschlüsse von vornherein zu verhüten.

Mit dem Vorschlag, den obige Zeilen enthalten, ist selbstverständlich nicht beabsichtigt, die einschlägigen Meinungsäusserungen auf den Kreis der Spezialgesellschaften zu beschränken. Der Briefkasten des Centralblatts wird gern denjenigen Kollegen offen stehen, welche sich für diese Fragen interessieren und nicht die Gelegenheit haben, ihre Anschauung in einer fachgenössischen Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen. Jede sachliche Aeusserung wird der Herausgeber um so lieber zum Abdruck bringen, als er sich bewusst ist und ausdrücklich zu betonen wünscht, dass die im zweiten Teile dieses Artikels geäusserten Ansichten nur der Ausdruck seiner eigenen, ganz persönlichen Meinung sind; er wünscht nichts dringender, als auch gegnerische Ansichten im Centralblatt zum Worte kommen zu lassen.

Der erste Teil der folgenden Ausführungen bringt nur die zum Verständnis der Sachlage erforderlichen historischen Daten, für deren objek-

tive Richtigkeit der Herausgeber Bürgschaft übernehmen kann. Die meisten derselben — von dem Washingtoner Kongresse an — sind bereits früher ausführlich im Centralblatt gegeben worden[1]) und brauchen nur ganz kurz rekapituliert zu werden. Einer etwas ausführlicheren Darstellung bedürfen die Kämpfe um die Stellung der Laryngologie bei dem Londoner und bei dem Kopenhagener Kongresse.

Ob bei den ersten 6 internationalen Kongressen Versuche gemacht worden sind, der Laryngologie eine selbständige Stellung zu erwirken, ist unbekannt. An die Oeffentlichkeit ist nichts von solchen gedrungen; sollten sie erfolgt sein, so sind sie jedenfalls missglückt.

(1) Bei den Vorbereitungen zu dem 7. Kongress in London (1881) war die Frage einer besonderen laryngologischen Sektion erörtert, aber in Folge der persönlichen Unpopularität des derzeit unzweifelhaft hervorragendsten britischen Laryngologen abschlägig entschieden worden. Eine Abänderung dieses Beschlusses, d. h. die Konstituierung einer vollen laryngologischen Sektion wäre nur mit kränkender Uebergehung des Betreffenden bei der Besetzung des Präsidiums zu erreichen gewesen. Um eine solche zu vermeiden, wurde zunächst der Vorschlag gemacht, eine kombinierte otologisch-laryngologische Sektion unter dem Vorsitz eines Ohrenarztes zu bilden. Dieser Vorschlag scheiterte an dem Widerspruch der Otologen, denen bereits eine volle Sektion zugebilligt worden war. Der einzige Ausweg, der freilich lahm genug war, ergab sich in der Bildung einer laryngologischen Subsektion, welche der medizinischen Sektion affiliiert wurde und keinen eigenen Präsidenten erhielt, deren Vorsitz vielmehr ex officio von einem der Vizepräsidenten der medizinischen Sektion geführt werden sollte. Eine Anzahl britischer Laryngologen widersetzte sich diesem Kompromiss. Es wurde zunächst der Versuch gemacht, die Kehlkopfärzte des Auslandes, welche im Sommer 1880 in Mailand zu dem ersten und bisher einzig gebliebenen internationalen laryngologischen Kongress sich versammelten, zu bewegen, die zweite Tagung dieses laryngologischen Spezialkongresses im folgenden Jahre in London gleichzeitig mit dem allgemeinen internationalen Kongress, aber unabhängig von demselben abzuhalten[2]). Nachdem dieser Versuch gescheitert war, wurde dem britischen Organisationscomité von derselben Fraktion ein Protest gegen die Stellung der Laryngologie als einer Subsektion unterbreitet. Als auch dieser Einspruch unberücksichtigt blieb und die offiziellen Anmeldungen keinen Zweifel daran liessen, dass die Subsektion von den bekanntesten Laryngologen aller Länder besucht werden würde, hielten auch die Protestler es für angemessen, ihre Opposition aufzugeben und sich der Subsektion anzuschliessen.

---

1) Vergl. Centralblatt I, 78, 79; II, 245; VII, 272, 273; IX, 110; XI, 942; XII, 145, 146; XIV, 526.

2) Compte-rendu du Congrès international de Laryngologie. I. Session. Milan. Septembre 1880. p. 117.

Der wissenschaftliche wie der moralische Erfolg dieser ersten Vertretung der Laryngologie in unabhängiger Form bei dem internationalen medizinischen Kongresse war ein ungemein grosser. Mehr als 340 Kehlkopfärzte aller Nationen, unter ihnen die hervorragendsten Vertreter des Faches, trugen ihre Namen in die Mitgliederliste ein. Die Verhandlungen waren von derart wissenschaftlichem Geiste getragen, dass selbst ein so konservatives Blatt, wie die Londoner Lancet, die bis dahin der laryngologischen Spezialität stets direkt feindlich gegenüber gestanden hatte, sich gemüssigt sah, ihrer Anerkennung für das Geleistete in einem besonderen Leitartikel[1]) Ausdruck zu geben, in welchem sie die Errichtung von Lehrstühlen für das Fach an den grossen Hospitälern verlangte. Und wie befriedigt die Laryngologen selbst von dem erzielten Erfolge waren, dafür gibt die folgende, von Prof. Schnitzler beantragte und von der Subsektion einstimmig angenommene Resolution beredtes Zeugnis: „dass, nachdem nunmehr zum ersten Male auf einem internationalen medizinischen Kongresse der Laryngologie die Gelegenheit geboten worden sei, ihr Können zu erweisen, und nachdem ihr eine Position unter den anerkannten Spezialitäten nunmehr völlig gesichert sei — eine Wiederholung isolierter laryngologischer Kongresse nicht mehr erforderlich, es vielmehr wünschenswert sei, den im vorigen Jahr auf dem Mailänder laryngologischen Kongress gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Kongress im Jahre 1882 in Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen."

(2.) Dem Wahne, dass nunmehr der Laryngologie eine mit allen anderen Spezialitäten gleichberechtigte Stellung bei den internationalen Kongressen gesichert sei, war freilich schleunige Enttäuschung beschieden. Schon bei den Vorbereitungen zu dem nächsten Kongresse in Kopenhagen (1884) stellten sich wiederum der Bildung einer vollen und unabhängigen laryngologischen Sektion lokale Hindernisse in den Weg. Diesmal war es der Umstand, dass keine für die Uebernahme des Präsidiums einer solchen geeignete Persönlichkeit vorhanden war — die gegenwärtigen vortrefflichen Vertreter unseres Faches in Dänemark hatten damals eben erst angefangen, sich der Spezialität zu widmen — welcher das dänische Organisationscomité dazu veranlasste, zunächst die Bildung einer kombinierten otologisch-laryngologischen Sektion unter dem Vorsitz eines Otologen in Aussicht zu nehmen. Erst der nachdrückliche Hinweis darauf, dass die Laryngologen nicht deshalb freiwillig auf die Abhaltung weiterer Spezialkongresse verzichtet hätten, um nunmehr wiederum in eine abhängige Stellung herabgedrückt zu werden, vermochte das Organisationscomité zu einer Aenderung dieses Planes zu veranlassen. Es wurde jetzt eine unabhängige laryngologische Sektion konstituiert, derselben aber ein ausländischer Präsident mehr oder minder oktroyiert,

1) Lancet. 13. August 1881. S. 302.

was unter den Angehörigen anderer Nationen derzeit ziemlich viel böses Blut machte — wenn auch aus Rücksicht auf die Wirte hiervon nichts in die Oeffentlichkeit drang. Dass die ursprünglich beabsichtigte Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Sektion gewiss nur wenigen, sicherlich aber nicht der Sache selbst zu Dank gewesen wäre, ergab sich in praxi bei zwei gemeinschaftlichen Diskussionen beider Sektionen, welche auf Wunsch des Vorsitzenden der otologischen Sektion stattfanden. Bei der einen derselben, der Diskussion über die Tonsillotomie, blieben die Verhandlungen ausschliesslich in den Händen der Laryngologen, bei der zweiten, der über die von der Nase ausgelösten Reflexneurosen, zogen sich die Otologen in der Mitte der Diskussion zurück, weil sie ein ihnen interessanteres Thema zu verhandeln hatten. Die Leistungen der laryngologischen Sektion stellten sich übrigens denen der Londoner Subsektion durchaus ebenbürtig zur Seite.

Ueber die Schicksale der Laryngologie bei den späteren Kongressen ist in diesen Blättern bereits berichtet[1]; wir begnügen uns daher mit der folgenden gedrängten Zusammenstellung der wichtigsten Punkte.

(3.) Washingtoner Kongress (1887): Zunächst Konstituierung einer vollen laryngologischen Sektion mit repräsentativem Sektionsbureau. Dann Ausbrechen von Zwistigkeiten unter den amerikanischen Aerzten; Absetzung des Präsidenten (angeblich, weil er mit Homöopathen konsultierte); Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie in eine einzige Sektion unter Vorsitz eines Otologen bei gänzlichem Fehlen jedes bekannteren laryngologischen Namens im Sektionsbureau. Protest des Centralblatts (II, 355), das vollständige Enthaltung von dem Kongresse anrät, falls nicht in letzter Stunde noch angemessene Aenderungen beschlossen würden. Darauf zunächst vages Versprechen unabhängiger Sektionen für den Fall, dass beide Spezialitäten das Vorgehen des unpopulären Comité's unterstützen würden, dann, nachdem auch von anderer otologischer und laryngologischer Seite energisch gegen die Verschmelzung protestiert worden war, bedingungslose Rekonstruktion einer separaten laryngologischen Sektion. Infolge dieser Zwistigkeiten aber Ausbleiben fast aller europäischen Fachgenossen — von denen nur 2 erschienen — und Enthaltung vieler der bekanntesten amerikanischen Laryngologen von der Teilnahme.

(4.) Berliner Kongress (1890): Der einzige, bei dem der Laryngologie dank den Bemühungen ihres Vorsitzenden B. Fraenkel's jeder Kampf um ihre würdige Vertretung erspart geblieben ist. Vollständiger wissenschaftlicher Erfolg, der nur unter der überwältigenden Fülle des Materials einigermassen zu leiden hatte.

(5.) Römischer Kongress (1894): Neuer Versuch einer Verschmelzung der Otologie mit der Laryngologie in eine Sektion. Protest der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Darauf Konstituierung zweier

---

1) Vergl. die früheren Bände des Centralblatts.

unabhängiger Sektionen. Die laryngologische Sektion — dank der vortrefflichen Organisation ihres Vorsitzenden Massei — eine der wenigen wissenschaftlich erfolgreichen dieses Kongresses.

(6.) Moskauer Kongress (1897): Zunächst Beschluss, dass die Laryngologie, die Otologie und — — die Zahnheilkunde eine „Unterabteilung“ der für Chirurgie und Ophthalmologie bestimmten 9. Sektion bilden sollten. Proteste seitens B. Fraenkel's, Semon's, der Revue hebdomadaire de laryngologie, der Berliner klinischen Wochenschrift und der holländischen Professoren der Laryngologie. Darauf Zurückziehung des erstgefassten Beschlusses, zu dessen Erklärung und Entschuldigung geltend gemacht wurde, dass an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie bestände, und Gründung zweier separater Sektionen für Otologie und Laryngologie. Ueber die Leistungen der letzteren hat Prof. Chiari in diesem Blatte (XIII, 491) berichtet.

(7.) Pariser Kongress (1900): Zunächst Bestimmung dass der Kongress eine „Section spéciale et autonome d'otologie, rhinologie et laryngologie“ erhalten und dass „à l'exemple des précédents congrès“ diese Sektion wiederum in „deux sections secondaires“ zerfallen würde, deren eine der Otologie, deren andere der Rhino-Laryngologie gewidmet sein sollte. Auf die Einwendung des Centralblatts, dass nicht wohl abzusehen sei, warum zuerst eine Sektion für Otologie und Laryngologie konstituiert würde, wenn man dieselbe sofort wieder in zwei Sektionen zerfallen liesse, dass die „Sections secondaires“ doch bedenklich nach den „Subsektionen“ schmeckten, gegen die bei früheren Gelegenheiten wiederholt so energisch protestiert worden sei, und dass die Laryngologie nach ihren bisherigen Leistungen es wohl verlangen dürfe, auf dem Fusse vollständiger Gleichheit mit anderen Spezialitäten behandelt zu werden und die durch eben diese Leistungen errungene Stellung auch weiterhin zu behalten, Zugeständnis je einer vollen Sektion für Laryngologie und Otologie seitens des vorbereitenden französischen Comité's.

Der vorstehende Bericht spricht beredt genug für sich selbst. Mit alleiniger Ausnahme des Berliner Kongresses ist uns, seitdem wir überhaupt eine Sonderstellung bei den internationalen Kongressen erhalten haben, der Kampf um die Würde dieser Stellung und um unsere Unabhängigkeit bei keiner dieser Gelegenheiten erspart geblieben. Aus durch und durch lokalen und trivialen Gründen hat man es ein nach dem anderen Mal versucht, die Laryngologie in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken. Von einem Prinzip, nach welchem die Vertretung der einzelnen Zweige der Medizin bei diesen Kongressen geregelt würde, kann nach den oben skizzierten trüben Erfahrungen nicht wohl die Rede sein.

Es ist Zeit, dass diesem Zustand ein Ende gemacht wird. Wie verschieden auch immer die einzelnen Angehörigen unserer Spezialität über Standes- und Titelfragen denken mögen, darüber dürften wohl alle

Laryngologen aller Nationalitäten einig sein, dass gegen die Behandlung, die man unserer Spezialität bei der Vorbereitung der internationalen Kongresse bisher hat angedeihen lassen, Einspruch erhoben werden muss. Und dieser Einspruch sollte rechtzeitig erfolgen, d. h. wie schon eingangs dieses Artikels angedeutet ist, es sollte die Wiederholung ähnlicher unerfreulicher Kämpfe, wie der oben geschilderten, durch eine einmütige und imposante Meinungsäusserung der Spezialisten aller Länder für die Zukunft unmöglich gemacht werden.

Den Herren Vorsitzenden sämtlicher laryngologischer resp. oto-laryngologischer Gesellschaften der Welt unterbreiten wir zu diesem Zwecke — unter vorläufiger Beiseitelassung der im 2. Teil dieses Artikels berührten Frage, welche in einer zweiten Resolution zu entscheiden sein wird — den Vorschlag, dass sie bei nächster Gelegenheit den Mitgliedern ihrer Gesellschaft eine Resolution etwa des Inhalts unterbreiten möchten:

Dass die betr. Gesellschaft mit Berufung auf die Leistungen der Laryngologie im Allgemeinen und bei den internationalen medizinischen Kongressen im Besonderen der berechtigten Erwartung und der Forderung Ausdruck zu verleihen wünsche, dass bei allen künftigen internationalen Kongressen der laryngologischen Spezialität die Stellung einer vollen und unabhängigen Sektion gewahrt werde.

Darf man in Bezug auf die eben erörterte Frage auf Einmütigkeit unter den Laryngologen hoffen, so steht die Sache wesentlich anders mit Bezug auf die zweite Frage: Soll in Zukunft bei den internationalen medizinischen Kongressen und ähnlichen Gelegenheiten die Laryngologie mit der Otologie in eine Sektion verschmolzen werden oder nicht?

Wollte man freilich nur aus der Vergangenheit schliessen, so scheint diese Frage bereits in ablehnendem Sinne entschieden zu sein. Wie unser historischer Rückblick zeigt, haben sich bei verschiedenen Gelegenheiten und in verschiedenen Ländern bald die Laryngologen, bald die Otologen, bald beide Gruppen energisch gegen eine derartige ihnen ungefragt aufgedrängte Verschmelzung erklärt.

Aber es würde ein grosser Fehler sein, diese Frage im gegenwärtigen Augenblick nur nach den Erfahrungen der Vergangenheit zu beurteilen. Unverkennbar hat sich im Laufe der letzten 15 Jahre innerhalb beider Spezialitäten selbst ein Umschwung angebahnt, der gegenwärtig weit davon entfernt ist, seinen Abschluss erreicht zu haben, und über dessen schliesslichen Ausgang sich zur Zeit kaum mehr als Vermutungen aufstellen lassen. Gehörte es bis vor etwa 15 Jahren zu den Ausnahmen, dass die laryngologische und otologische Spezialität sich in einer Hand vereinigt fanden, so ist dies mit dem Heranwachsen einer jüngeren Gene-

ration von Spezialisten anders geworden. Ob gegenwärtig mehr reine Laryngologen und reine Otologen oder mehr Oto-Laryngologen existieren, dürfte ohne eigene statistische Erhebungen gar nicht zu entscheiden sein. Als feststehend darf nur betrachtet werden, dass, während früher die Hospital- und Privatpraxis, der Unterricht, die Fachpresse und die Vereinstätigkeit beider Spezialitäten fast allgemein streng getrennt waren — wenn auch Ausnahmen schon damals existierten — sich jetzt neben den bestehenden getrennten Einrichtungen der genannten Art fast allerorts Hospitäler, Polikliniken, Zeitschriften und Gesellschaften gebildet haben, die der Pflege sowohl der Laryngologie wie der Otologie gewidmet sind und dass sich heutzutage, wenn nicht die Majorität, so jedenfalls eine sehr ansehnliche Minorität von Spezialisten gleichzeitig der Ohren- wie der Kehlkopfheilkunde befleissigt.

Wie ist nun dieser Umschwung zustande gekommen?

Der Schreiber dieser Zeilen, welcher die ganze Bewegung von ihrem Anfange an aufmerksam verfolgt hat, möchte sie in weitaus erster Reihe auf einen rein äusserlichen Umstand zurückführen, nämlich auf die Ueberfüllung beider Spezialitäten, welche innerhalb der letzten 15 Jahre fast allerorten wahrhaft erstaunliche Dimensionen erreicht hat. Die Anzahl der Spezialisten hat sich innerhalb dieses kurzen Zeitraums in einer Weise vermehrt, welche ganz ausser Verhältnis zu der Zunahme der Bevölkerung und des allgemeinen Wohlstandes steht. In Grossbritannien beispielsweise veranschlagten wir im Jahre 1884 die Anzahl derjenigen Aerzte, welche sich ausschliesslich oder doch vorwiegend mit der Behandlung von Hals- und Nasenleiden befassten, auf etwa 50; heute zählt allein die Londoner Laryngologische Gesellschaft 150 Mitglieder, die Britische Laryngologische, Rhinologische und Otologische Vereinigung ausser ihren auch der erstgenannten Gesellschaft angehörigen Mitgliedern etwa 50 weitere; ausserdem dürften im Lande zum wenigsten noch 50 Spezialisten existieren, die keiner der beiden genannten Gesellschaften angehören; mit anderen Worten: innerhalb 15 Jahren hat sich die Anzahl der Spezialisten in unserem Fache etwa verfünffacht! Aehnlich scheinen die Verhältnisse in anderen Ländern zu liegen, wie man aus Privatgesprächen und aus gelegentlichen im Druck vorliegenden Aeusserungen entnehmen kann. So wurde in dem satirischen Ausblick auf die weitere Entwicklung der Laryngologie, welcher nicht den wenigst amüsanten Teil der humoristischen Festzeitung zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft bildet, für das Jahr 1906 die Gründung der 200. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin prophezeit; während im Inseratenteil derselben Zeitung von einer laryngologischen Poliklinik „ein Patient" gesucht wird. Hinter dem Scherze, scheint es, birgt sich bitterer Ernst!

Die praktische Folge dieser Ueberfüllung liegt auf der Hand. Der jüngere Spezialist findet weder für die Hospital- noch für die Privatpraxis genügendes Material, wenn er sich an einem bereits ausreichend mit

Spezialkollegen versehenen grösseren Orte niederlässt, und ebensowenig an einem kleinen Platze, wo freilich eine Konkurrenz nicht vorhanden, die Zahl der vorkommenden Spezialfälle aber entsprechend der niederen Einwohnerzahl zu gering ist. Er sieht sich darauf angewiesen, den Kreis seiner Tätigkeit zu erweitern und wird dabei naturgemäss durch den Nasenrachenraum — räumlich das Bindeglied zwischen Ohr und Hals — zunächst zur Beschäftigung mit der Otologie geführt. Das ist eine durchaus natürliche und verständliche Entwicklung. Wieweit dieselbe gehen wird, scheint in diesem Augenblicke misslich vorherzusagen. Es ist denkbar, dass sie immer weiter um sich greift, und dass schliesslich reine Laryngologen und Otologen ebenso zu den Merkwürdigkeiten der Vergangenheit gehören werden, wie der Vogel Dodo; es ist andererseits auch möglich, dass die Bewegung, wenn sie auf einem bestimmten Punkte angekommen ist, stehen bleibt, oder gar, dass nach dem gegenwärtigen Drang auf eine Vereinigung eine Reaktion im entgegengesetzten Sinne folgt. Vorläufig aber und bis eine allgemeine Meinungsäusserung der Spezialisten beider Fächer die Forderungen einzelner Wortführer unterstützt, ist der Zeitpunkt, wie es vielen von uns scheint, noch nicht gekommen, in welchem ein so äusserlicher Grund, wie der genannte, die zwingende Veranlassung abgeben dürfte, an den gegenwärtig bestehenden bewährten Einrichtungen zu rütteln.

„Aber“ — so dürfte sicherlich an dieser Stelle von den Vorkämpfern der Vereinigung eingewendet werden — „wir erkennen es ganz und gar nicht als richtig an, dass das unter der jüngeren Generation sich geltend machende Bestreben nach einer Vereinigung beider Fächer auf ein rein äusserliches Moment zurückzuführen ist, wie das genannte. Wir behaupten vielmehr, dass die Vereinigung mit innerlicher Notwendigkeit hervorgegangen ist und hervorgeht aus den grossen Fortschritten, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat, und aus dem wichtigen Einfluss, welchen dieser Zweig unserer Spezialität sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat. Bei einem weiteren Getrenntbleiben der Hals- und der Ohrenspezialität steht es zu befürchten, dass die Rhinologie sich in eine Otorhinologie und eine Laryngorhinologie spaltet und einer solchen weiteren Zersplitterung wünschen wir durch die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie entgegenzuarbeiten.“

Diesem Standpunkt liegen zwei Prämissen zu Grunde, die uns sehr anfechtbar erscheinen. Zunächst können wir bei freudigster Anerkennung der Fortschritte, welche die Rhinologie im Laufe der letzten 15 Jahre gemacht hat, ihren Einfluss auf die Laryngologie und Otologie, von dem man so oft jetzt hört, nicht in dem Masse anerkennen, das für sie gefordert wird; und zweitens scheint uns die Gefahr eine viel reellere, dass sowohl die Laryngologie wie die Otologie von der Rhinologie vollständig ins Schlepptau genommen werden, als dass die letztere sich nach zwei getrennten Richtungen hin entwickle! —

Wenn wir so sprechen, so sind wir uns völlig bewusst, dass wir nicht nur bei dem heikelsten Punkte dieses Artikels, sondern bei der heikelsten Frage überhaupt angelangt sind, welche die Laryngologie vielleicht je beschäftigt hat, bei der Frage nämlich: ob die Fortschritte der Rhinologie in den letzten 15 Jahren dieselbe wirklich zu der führenden Rolle berechtigen, auf welche manche ihrer Vorkämpfer für sie Anspruch erheben?

Wir wollen es versuchen, diese Frage leidenschaftslos zu erörtern.

Nicht dem geringsten Zweifel kann es unterliegen und dürfte wohl auch von keiner Seite angefochten werden, dass die beiden Spezialitäten: Otologie und Laryngologie vollständig unabhängig von einander entstanden sind und vollständig unabhängig von einander sich entwickelt haben. Die Otologie ist bei weitem die ältere von beiden. Ihre Anfänge reichen bis in den Beginn dieses Jahrhunderts zurück; zur Zeit, als Türck und Czermak begannen, Garcia's Kehlkopfspiegel für medizinische Zwecke dienstbar zu machen, war die Otiatrie bereits zu stattlicher Höhe erwachsen. Wiederum lange vor dieser Zeit aber war bereits die Bedeutung des Nasenrachenraums und der Eustachischen Röhre für die Hörfunktion Aerzten aller Nationen bekannt. Die epochemachende Entdeckung Wilhelm Meyer's, die Entdeckung der adenoiden Vegetationen, änderte nichts in diesen Verhältnissen; sie zeigte nur, eindringlicher als man es bis dahin gewusst hatte, die Häufigkeit, mit welcher anatomisch (d. h. durch tatsächliche Verlegung des Luftweges oder durch die Fortpflanzung katarrhalischer Prozesse) vom Nasenrachenraum aus das Mittelohr in Mitleidenschaft gezogen wird. Gleichzeitig aber gewann diese Entdeckung einen tiefgehenden Einfluss auf die laryngologischen Interessen. Nicht nur die Gehörfunktion, sondern auch die Respiration und das Artikulationsvermögen erwiesen sich als häufig hochgradig beeinflusst von pathologischen Vorgängen im Nasenrachenraum; Entzündungsprozesse pflanzten sich von dort auf die Nase einerseits, auf die tieferen Luftwege andererseits ebenso fort, wie auf die Ohrtrompete. So wurde der Nasenrachenraum zum natürlichen Bindeglied zwischen beiden Spezialitäten, einem Bindeglied, aber wohlverstanden, wie es die Laryngologie mit den verschiedensten anderen Zweigen der Medizin besitzt. Man teilte sich demgemäss friedlich in seinen Besitz, ebenso wie z. B. die Mundhöhle von dem Kliniker, dem Chirurgen, dem Laryngologen, dem Dermatologen, dem Syphilidologen und dem Zahnarzt in Anspruch genommen wird, und bis zur Mitte des vorigen Jahrzehnts fiel es ebenso wenig irgend jemandem und gewiss nicht der Mehrzahl der Spezialisten ein, dass der Kehlkopfarzt mit innerlicher Notwendigkeit gleichzeitig ein Spezialist für Ohrenkrankheiten sein müsse, weil beide Spezialitäten im Nasenrachenraum ein Bindeglied und einen Berührungspunkt hätten, als es irgend jemand eingefallen wäre oder noch heute einfällt, von ihm zu verlangen, dass er gleichzeitig ein Spezialist für Chirurgie, innere Medizin, Neurologie, Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Zahnkrankheiten etc.

sein müsse. Und doch haben alle die genannten Zweige der Medizin ganz sicherlich einen nicht weniger intimen und innerlich begründeten Zusammenhang mit der laryngologischen Spezialität, wie die Otologie!

Hoffentlich wird man diese Ausführungen nicht missverstehen. Wir plädieren durchaus nicht für eine engherzige, maschinenmässige, räumlich etagenmässig abgegrenzte Auffassung des Spezialismus. Der Schreiber dieser Zeilen ist sein Lebtag für das gerade Gegenteil eingetreten. Er hat es stets auf das Freudigste begrüsst, wenn von anderer Seite her, als der rein lokal spezialistischen, Anregungen in das Gebiet unserer Spezialität hineingetragen worden sind und wenn umgekehrt unsere Spezialität in Wechselbeziehung sich der grossen Mutterwissenschaft nützlich erwiesen hat. Niemand kann sich mehr darüber freuen als er, wenn sich unsere Spezialität aus wissenschaftlich allgemein und gründlich durchgebildeten Aerzten rekrutiert, wenn jeder Spezialist auch weiterhin den Zusammenhang mit der Allgemeinmedizin aufrecht erhält. Und ebensowenig kann und darf es jemandem seiner Ansicht nach einfallen, einem Arzt vorschreiben zu wollen, wie weit er seine praktische Tätigkeit auszudehnen oder zu beschränken habe. Das alles muss durchaus eigener Neigung und individuellen Erfordernissen überlassen bleiben und wird sich diesen gewiss auch allerorts und stets ungezwungen anpassen. Man findet ja gelegentlich die wundersamsten Zusammenstellungen. Von der Kombination der Otologie mit der Laryngologie ganz abgesehen, gibt es — zumal in Amerika — nicht nur Privatpersonen, sondern auch Zeitschriften und selbst Spezialgesellschaften, die der gleichzeitigen Pflege von Augen-, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten obliegen; zwei hochgeschätzte deutsche Kollegen, von denen der eine, der frühverstorbene Michelson, leider nicht mehr unter uns weilt, der andere aber in vollster Rüstigkeit wirkt, haben den praktischen Beweis geliefert, dass man gleichzeitig ein trefflicher Halsarzt und ein guter Dermatologe sein kann. Und die vielleicht ausserordentlichste Verbindung zweier Spezialitäten, die es selbst auf dem Wege der Reflextätigkeit schwer sein dürfte, mit einander in Verbindung zu bringen, findet sich in der Person eines liebenswürdigen britischen Kollegen, der eine ebenso geschätzte Autorität für Halskrankheiten, wie für — — Nierenchirurgie ist!

So soll sich und wird sich auch jederzeit die individuelle Neigung ungehindert Bahn brechen. Aber der objektive Beobachter, der die Geschichte derjenigen beiden Fächer, mit denen wir uns hier speziell befassen, aufmerksam verfolgt hat, wird doch frappiert sein darüber, wie selten sich bis vor verhältnismässig kurzer Zeit die individuelle Neigung derjenigen, welche hauptsächlich dazu beigetragen haben, je eines dieser beiden Fächer wissenschaftlich auf ihre jetzige Höhe zu erheben, auf eine Kombination derselben geworfen hat! — Wenn man die Namensliste derjenigen überschaut, der schon Dahingegangenen, wie der noch heute Wirkenden, von denen widerspruchslos seitens der Angehörigen beider Spezialitäten zugestanden wird, dass sie Bedeutendes in beiden

Fächern geleistet hätten, so ist ihre Zahl eine erstaunlich geringe. Von den Heimgegangenen dürfte der einzige Voltolini sein; die Namen der Lebenden liessen sich leicht genug an den Fingern abzählen. Es soll damit nun selbstverständlich nicht behauptet werden, dass nicht ein und derselbe Mann in beiden Fächern Vortreffliches zu leisten imstande wäre. Wir registrieren nur die nackte Tatsache (die sicherlich nicht bedeutungslos ist gegenüber dem behaupteten innerlichen notwendigen Zusammenhange beider Spezialitäten), dass so wenige von den Schöpfern der modernen Otologie und Laryngologie — nach dem Zeugnis der Literatur zu schliessen — das Bedürfnis eines solchen Zusammenhanges empfunden und schriftstellerisch betätigt haben. Die Vertreter der neuen Richtung haben die reinen Otologen und Laryngologen in jüngster Zeit wiederholt als „Extremisten" bezeichnet, als ob die letzteren versucht hätten, ihr eigenes Fach aufs Extremste zu spezialisieren. Die den historischen Tatsachen vollständig entsprechende Schilderung, die wir im Obigen gegeben haben, zeigt wohl zur Genüge, dass dieser Vorwurf den historischen Vorgang schlimm verkennt; nicht eine künstliche Trennung naturgemäss zusammengehörender und aus einem und demselben Samenkorn entstandener Fächer streben die Verteidiger der gegenwärtig bestehenden Einrichtungen an, sondern es sind die Vertreter der neuen Richtung, welche völlig unabhängig von einander entstandene und sich nur in einzelnen Punkten berührende Fächer zwangsweise mit einander verschmelzen wollen.

Und welches sind denn nun die grossen Fortschritte der Rhinologie, wo liegt denn der gewaltige Einfluss, den dieselbe sowohl auf die Laryngologie, wie auf die Otologie gewonnen hat und der die zwangsweise Verschmelzung beider zur innerlichen Notwendigkeit macht?

Das Evangelium derselben wird uns wieder und wieder gepredigt. Aber ist dasselbe wirklich so unanfechtbar, so zweifellos richtig, dass wir uns den Behauptungen seiner Jünger widerstandslos zu fügen hätten?

Diese Frage ist kaum je aufgeworfen und kritisch untersucht worden; begreiflich genug; denn es ist stets eine nicht eben erfreuliche Aufgabe, sich einer Richtung entgegenzustellen, die beansprucht, als die Vertreterin wissenschaftlichen Fortschritts zu gelten, und wer es wagt, dies zu tun, setzt sich der Gefahr aus, als Reaktionär und Dunkelmann verschrieen zu werden.

Diese Bedenken aber soll uns nicht abschrecken, auf die Frage der Entwicklung der Rhinologie in den letzten 15 Jahren und auf die sich naturgemäss an sie anschliessende zweite Frage: ob diese Entwicklung die Ansprüche rechtfertigt, welche in ihrem Namen erhoben werden, in Kürze einzugehen. Nennt man die Sache beim rechten Namen, so sind diese Fragen nicht nur der Kernpunkt der gegenwärtigen Diskussion, sondern sie bedeuten auch den Angelpunkt unserer ganzen Disziplin für die nächste Zeit. Schon heute fühlen sich viele unserer jüngeren Spezialkollegen weit mehr als Rhinologen, denn als Laryngologen und

sprechen das ganz offen aus. Die Laryngologie im engeren Sinne wird von einem Teil dieser jüngeren Generation als eine mehr oder minder abgegraste Weide betrachtet. Ist diese Auffassung berechtigt? Liegt es wirklich im Interesse unserer Spezialität, der ärztlichen Wissenschaft im Allgemeinen und der Kranken, dass die Rhinologie in Zukunft die Führung übernehmen soll, dass die Laryngologie auf das Altenteil gesetzt wird?

Bis zum Jahre 1880 lagen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Die Laryngologie bildete für die Laryngologen die Hauptsache, die Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraumes und des Rachens spielten dem Kehlkopf gegenüber eine verhältnismässig untergeordnete Rolle. Freilich waren die Einsichtigeren auch damals schon weit davon entfernt, die Bedeutung der Nase für die Krankheiten der unteren Luftwege zu unterschätzen; man wusste auch damals schon die üblen Folgen der Mundatmung zu würdigen. Das alles aber hielt sich innerhalb gemessener Grenzen.

Anfang der 80er Jahre nun erschienen in rascher Aufeinanderfolge drei Arbeiten, welche Nasenaffektionen eine viel höhere Bedeutung zusprachen, als ihnen bis dahin zuerkannt war: der Aufsatz von Woakes über nekrotisierende Ethmoiditis, die erste Ziem'sche Arbeit über Empyem der Kieferhöhle und Hack's Monographie über eine operative Radikalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc.

Von diesem Zeitpunkt an ist die Geschichte der Rhinologie eine sehr merkwürdige gewesen. Unzweifelhaft hat sie in vielen ihrer Kapitel bedeutende Fortschritte gemacht. Aber wie ein Verhängnis hat es über ihrer Entwicklung geschwebt, dass an die weitaus meisten dieser Fortschritte anfänglich weit höhere Erwartungen geknüpft wurden und viel mehr für ihre Bedeutung in Anspruch genommen worden ist, als sich schliesslich realisiert hat. Die nekrotisierende Ethmoiditis sollte ein äusserst häufiges Leiden sein und die Haupt-, wenn nicht alleinige Ursache der Polypenbildung in der Nase darstellen. Diese Lehre hat freilich niemals allgemein Wurzel geschlagen, ist aber doch noch in neuester Zeit wieder aufgenommen worden. Ihre Verfechter plädieren für ein weit energischeres Vorgehen bei allen Fällen von Polypen in der Nase, als es von der Mehrzahl der Spezialisten für notwendig befunden wird.

Viel weiter verbreitet und verhängnisvoller war die neue Lehre von den nasalen Reflexneurosen. Als Hack mit seinem Werke in die Oeffentlichkeit getreten war, überbot man sich in den verschiedensten Ländern darin, die von ihm schon recht weit gesteckten Grenzen der nasalen Reflexneurosen noch weiter zu ziehen: Wo irgendwo im Körper obskure nervöse Symptome auftraten, für die eine Ursache anderswo nicht zu ermitteln war, wurde von Enthusiasten die Ursache in der Nase gefunden! — Wie oft hat zumal in der zweiten Hälfte der 80er Jahre der Glühdraht wegen „Nasenhustens", „Nasenasthmas", „von der Nase

aus ausgelöster Epilepsie“ etc. etc. gewaltet, wo andere Ursachen, als hypothetische intranasale Zustände dem Leiden zu Grunde lagen! Hat sich auch glücklicherweise allmählich in diesen Beziehungen eine weit gemässigtere Anschauung Bahn gebrochen, so wäre es doch irrig, anzunehmen, dass „der Strom unserer Disziplin“, wie es B. Fränkel einmal hübsch ausgedrückt hat, hinsichtlich dieser Dinge bereits „aus der Gegend der Stromschnellen und der Wasserfälle“ herausgetreten sei. Noch vor wenigen Wochen bekannten sich in einer Diskussion über die Beziehungen der Nase zum Asthma einige Mitglieder der Londoner Laryngologischen Gesellschaft zu den radikalsten Anschauungen über die Rätlichkeit einer intranasalen Lokalbehandlung bei Asthma auch in solchen Fällen, in welchen nur das vorläge, was sie als „physiologische Insufficienz“ bei sonst gesunder Nase bezeichneten; was man hierunter sich vorstellen solle, darüber freilich wurde Klarheit nicht geschaffen. — Glücklicherweise stand die grosse Majorität der Anwesenden und was am erfreulichsten ist, auch die hervorragendsten Vertreter der jüngeren Generation auf wesentlich gemässigterem Standpunkte.

Auch das Kapitel von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase — an sich nach der Meinung des Schreibers dieser Zeilen das bei weitem verdienstlichste der modernen Rhinologie — ist von schweren Uebertreibungen nicht frei geblieben. Erscheint schon die Zahl der von den einzelnen Spezialisten innerhalb kurzer Zeit beobachteten Fälle solcher Erkrankungen auch demjenigen schwer verständlich, der selbst über ein grosses Krankenmaterial verfügt, ohne in demselben auch nur annähernd so viel Sinusaffektionen entdecken zu können, so verwandelt sich das Erstaunen hierüber in Bedauern, wenn man sieht und hört, wie oft es von einigen Vorkämpfern der neuen Richtung für notwendig befunden wird, chirurgische Eingriffe schwerer Natur vorzunehmen, die ausser Verhältnis zu der Geringfügigkeit der Symptome stehen, während, wie die Erfahrung zeigt, man mit weit kleineren Operationen auskommen kann. Und als eine noch schwerere Uebertreibung muss der Versuch bezeichnet werden, die Ozaena in allen Fällen auf Erkrankungen der Nebenhöhlen zurückzuführen und letztere demgemäss chirurgisch zu behandeln.

Das Schlimmste aber, was in Bezug auf rhinologische Uebertreibungen geleistet worden ist und noch gegenwärtig geleistet wird, fällt in das Kapitel der mechanischen Verengerung der Nasenwege, sei es durch Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, sei es durch Schwellungszustände der Muschelschleimhaut. Es mag sein, dass die unzweifelhaft bedeutenden technischen Fortschritte in der chirurgischen Behandlung dieser Dinge dazu geführt haben, dass man die Indikationsstellung für chirurgische Eingriffe immer weiter gezogen hat. Wie dem aber auch sein mag, darüber kann kein Zweifel bestehen und das wird auch von den ruhigeren Spezialisten aller Länder lebhaft und laut genug beklagt, dass mit dieser Operation gegenwärtig vielfach grosser Missbrauch getrieben wird. Ausgehend von der an sich ganz richtigen Vorstellung,

dass entzündliche Vorgänge im Rachen, im Kehlkopf und in den tieferen Luftwegen bei aufgehobener oder doch hochgradig beeinträchtigter Funktion der Nase sowohl leichter entstehen, wie schwerer rückgängig zu machen sind, hat sich allmählich die ebenso bedauerliche wie unglaubliche Lehre entwickelt, dass entzündliche Vorgänge in den genannten Teilen primär überhaupt nicht vorkämen und dass man bei dem Befunde entzündlicher Veränderungen in ihnen stets in der Nase den Ausgangspunkt zu suchen habe. Und was das Aergste ist: Diese theoretische Lehre wird mehr und mehr in die Praxis umgesetzt! Welcher beschäftigte Spezialist sähe nicht solche Fälle, wie die beiden folgenden, die dem Schreiber dieser Zeilen kürzlich zu Gesicht gekommen sind? Der erste betrifft einen Börsenmakler, der infolge gewohnheitsmässigen lauten Schreiens während seiner Berufsstunden einen chronischen Kehlkopfkatarrh akquiriert hatte. Als er den Schreiber dieser Zeilen konsultierte, war er bereits $1/2$ Jahr hindurch mit Absägen von Vorsprüngen der Nasenscheidewand und chemischen und galvanokaustischen Aetzungen der Muscheln behandelt worden, obwohl er niemals Nasenbeschwerden gehabt hatte, während der Operateur treu dem Prinzip der vermeintlichen nasalen Aetiologie nie daran gedacht hatte, das wirklich erkrankte Organ, den Kehlkopf, direkt zu behandeln. Vollkommene Stimmruhe mit gleichzeitiger adstringierender Lokalbehandlung erzielten in wenigen Wochen vollkommene Heilung. Im zweiten Falle war ein Schauspieler gezwungen, sofort nach dem Ablauf eines schweren Influenzaanfalles zur Bühne zurückzukehren; schon am ersten Abend war er heiser, am dritten hatte sich die Heiserkeit zur fast vollständigen Aphonie verschlimmert. Er konsultierte einen Vorkämpfer der neuen Richtung, der ihm erklärte, dass eine grössere Operation in der Nase, über deren Natur der Patient nichts Näheres anzugeben wusste, zur Wiederherstellung der Stimme durchaus erforderlich sei. Da der Patient nie in seinem Leben die geringsten Beschwerden seitens der Nase gehabt hatte, so fragte er zunächst seinen Hausarzt um Rat, ob er sich der angeratenen Operation unterziehen solle, und wurde von diesem an den Schreiber dieser Zeilen gewiesen, der in der Nase überhaupt nichts fand, was ihm operationsbedürftig erschien, dagegen im Kehlkopf eine starke Rötung und Schwellung der Stimmbänder konstatierte, wie sie bei verfrühtem Stimmgebrauch nach eben abgelaufener akuter Influenza natürlich genug war. Auch in diesem Falle brachte Stimmruhe und adstringierende Lokalbehandlung schnelle Heilung.

Wir würden diese Fälle hier nicht zur Sprache gebracht haben, wenn sie nicht unserer Erfahrung nach einfach typisch für jene Richtung der Rhinologie wären, die wir unserer besten Ueberzeugung nach als direkt schädlich für die Entwicklung unserer Spezialwissenschaft ansehen und die uns, wie wir fest glauben, in den Augen des gesamten ärztlichen Standes nicht von Nutzen ist. Die Ironie, mit der die praktischen Aerzte die Operationen an der Nasenscheidewand, welche zur Heilung der verschiedensten Leiden als erforderlich erklärt werden, zu erörtern pflegen, ist kein eben er-

freuliches Zeichen für die Wertschätzung der Leistungen der modernen Rhinologie.

Ein würdiges Seitenstück zu der übergrossen Tätigkeit, die dem Septum gegenüber entfaltet wird, ist im Laufe der letzten Jahre mit Bezug auf die Schwellungszustände der hinteren Muschelenden entstanden. Früher waren es die vorderen Muschelenden, denen zu Leibe gegangen wurde, jetzt müssen die hinteren bluten! Seitdem die Technik der Operation derselben erleichtert worden ist, speziell seit der Einführung des „Turbinotoms", hat sich plötzlich die Anzahl der als erforderlich erachteten Operationen ins Ungemessene vermehrt: Es gibt ein Spezialhospital, das sich der Tatsache rühmt, dass an den Operationstagen die entfernten hinteren Muschelenden „mit dem Besen aufgekehrt werden" müssen. Der sekundären Blutungen, die durchaus nicht selten recht ernstlich sind, und vor allen Dingen des durch die Entfernung eines bedeutenden und funktionell wichtigen Teiles der Nase gesetzten gewissermassen atrophischen Zustandes, der, wie die Erfahrung zeigt, nur zu leicht zur Austrocknung und Krustenbildung an der hinteren Rachenwand führt, wird bei der brillanten Operation nicht gedacht! —

Fragt man sich nun, was von allen diesen Dingen, die wir im Laufe der letzten 15 Jahre haben entstehen sehen, wirklich geblieben und als sicheres Besitztum in den Schatz unseres Wissens und Könnens eingereiht worden ist, so würden wir sagen: Die moderne Rhinologie hat festgestellt, dass eine beschränkte Anzahl von Reflexneurosen von der Nase ausgehen kann; sie hat die Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bedeutend gefördert; sie hat die operative Technik bei intranasalen Eingriffen erheblich vervollkommnet; sie hat die Histologie der Neubildungen der Nase revidiert und teilweise umgestaltet; sie hat uns bakteriologisch über die in der Nase normaliter und pathologisch vorkommenden Mikroorganismen bis zu einem gewissen Grade belehrt und hat manche guten Monographien und Arbeiten zu Tage gefördert, die sich mit ganz speziellen Punkten ihres Gebietes befassen. Das sind gewiss sehr hübsche, sehr anerkennenswerte Erfolge; bedenkt man, dass dies alles innerhalb 15 Jahren geleistet worden ist, so muss man zugeben, dass die Rhinologie alles Recht hat, darauf stolz zu sein. Aber wie man hieraus den weitergehenden Schluss herleiten will, dass die Rhinologie einen massgebenden Einfluss auf die Laryngologie gewonnen habe, dass sie sich dieser nicht nur als gleichbedeutend zur Seite stellen dürfe, sondern sogar die Führung übernehmen könne — das ist dem Schreiber dieser Zeilen einfach unverständlich. Dass von dem grossen Einfluss auf die Laryngologie, der der Rhinologie vindiziert worden ist, nach den praktischen Erfahrungen, die wir mittlerweile gesammelt haben, nur in äusserst eingeschränktem Masse und nur in einer verhältnismässig kleinen Reihe von Fällen die Rede sein kann, haben wir im Vorstehenden nachzuweisen versucht. Die Krankheiten der Nase aber, so häufig und so verhältnismässig unbequem für ihren Träger sie auch sein mögen, an

Bedeutung den Krankheiten des Kehlkopfes gleichzustellen, kann doch wohl kaum einem ruhigen Beurteiler einfallen. Wo fände sich in der Nase, selbst mit Einschluss der Nebenhöhlen, wenn wir von den seltenen bösartigen Erkrankungen dieser Teile absehen, eine Krankheit, die sich an pathologischer Dignität, an diagnostischer Bedeutung, an Lebensgefahr für ihren Träger mit der Tuberkulose, der tertiären Syphilis, der Diphtherie, den Neubildungen, den organischen Lähmungen des Kehlkopfes vergleichen könnte?

Müssen wir somit die innere Notwendigkeit, welche aus dem behaupteten Einfluss der Rhinologie auf die Laryngologie für die Verschmelzung der letzteren mit der Otologie resultieren sollte, nach bestem Gewissen in Abrede stellen, so bleibt die zweite Frage: steht die Sache ebenso mit dem angeblichen grossen Einfluss der Rhinologie auf die Otiatrie oder liegen hier die Dinge anders?

In dieser Frage kann der Schreiber dieser Zeilen sich ein wirklich fachmännisches Urteil nicht erlauben. Ihm ist es wohlbekannt, dass behauptet worden ist, 90—95 pCt. aller Ohrenleiden seien von Nasenkrankheiten abhängig. Aber eine solche unbewiesene Behauptung macht, wie er freimütig bekennen will, auf ihn ebensowenig Eindruck, wie die ebenfalls kürzlich aufgestellte gleichwertige, dass etwa $^2/_3$ aller Augenkrankheiten von Nasenleiden ausgehen. Dass die Krankheiten des Nasenrachenraumes vermittelst direkter Verlegung der Eustachischen Röhren oder durch Fortpflanzung pathologischer Prozesse auf dieselben von höchster Wichtigkeit für das Gehörorgan sind, ist bereits oben nachdrücklichst hervorgehoben worden. Dass von der eigentlichen Nase ausgehende Krankheiten, die sich durch den Nasenrachenraum und die Ohrtrompeten auf das Mittelohr fortpflanzen, gleiche Wirkungen haben müssen, ist selbstverständlich. Die Zahl dieser Leiden aber ist eine verhältnismässig sehr geringe. Und dass eine blosse Verlegung oder Behinderung der Nasenatmung bei intaktem Nasenrachenraum den grossen Einfluss auf die Ventilation des Mittelohres haben soll, auf Grund dessen gegenwärtig Ohrenleiden so vielfach von der Nase aus behandelt werden, hat ihm nie einleuchten wollen. Kein Anhänger der neuen Richtung, mit dem er sich über diese Frage unterhalten hat, ist je imstande gewesen, ihn befriedigend aufzuklären, warum, wenn blosse Verlegung der Nasenatmung den behaupteten grossen Einfluss auf das Gehör habe, gerade diejenige Klasse erwachsener Patienten, bei der die Nasenatmung völlig aufgehoben ist, nämlich die an multiplen Nasenpolypen leidenden, so äusserst selten an Ohrenkomplikationen irgend welcher Art erkranken. Der Schreiber dieser Zeilen hat dieser Frage, die ihm von grösster Wichtigkeit für die gegenwärtige Diskussion zu sein scheint, seit vielen Jahren ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf Grund eines grossen Materials kann er seine Erfahrungen dahin zusammenfassen, dass selbst in Fällen vollständigster Verstopfung beider Nasenhälften durch multiple Polypen Ohrenkomplikationen, Schwerhörigkeit, Tinnitus etc.

in seiner Praxis zu den grössten Seltenheiten gehört haben. Man wird es danach begreiflich finden, dass er sich gegenüber dem behaupteten grossen Einfluss der Nasenstenose bei allen möglichen Gehörleiden ziemlich skeptisch verhält und Versuche, eine Labyrintherkrankung durch Wegmeisselung einer Septumekchondrose zu verbessern, wie ein solcher ihm in den letzten Tagen vorgekommen ist, mit demselben Bedauern betrachtet, wie die oben erwähnten nasalen Behandlungsversuche bei primärer entzündlicher Erkrankung des Kehlkopfes! — Da er aber durchaus von dem Bestreben beseelt ist, praktische Erfahrung in den hier diskutierten Fragen zur Richtschnur der weiteren Entwicklung zu machen, so hat er sich mit der direkten Frage an einen von ihm hochgeschätzten jüngeren Otologen gewandt, welcher die Ausübung der rhinolaryngologischen Praxis mit der otiatrischen verbindet: ob er seit Einführung der modernen rhinologischen Methoden von einem direkten und erheblichen Fortschritt in der Diagnose und Therapie der Ohrenkrankheiten, der auf rhinologische Einflüsse zurückzuführen sei, berichten könne. Die Antwort war ein unumwundenes Nein!

Wir erheben selbstverständlich nicht den Anspruch, dass unsere eigenen Ausführungen oder die Erfahrungen unseres Gewährsmannes ausreichend sind, um die schwierige Frage, mit welcher wir uns hier beschäftigen, erschöpfend und allgemein befriedigend zu beantworten. Gewiss werden sich viele Einwendungen erheben lassen und mancher Leser wird ganz und gar nicht mit unserer Anschauung einverstanden sein. Aber das eine, hoffen wir, wird doch ziemlich allseitig zugestanden werden, dass diejenigen, welche sich nicht widerstandslos dem Drängen auf die Verschmelzung beider Spezialitäten fügen, wissenschaftlich nicht als Obskuranten und Reaktionäre zu verschreien sind; sie werden vielmehr von dem Bestreben geleitet, ihrer Wissenschaft Gefahren zu ersparen, die ihr, wie sie glauben, von Seiten der neuen Richtung drohen, welche die zwangsweise Vereinigung der Laryngologie und Otologie unter rhinologischer Führung auf ihre Fahne geschrieben hat.

Es liegt hier offenbar ein Konflikt vor, der sich in diesem Augenblick weder befriedigend, noch dauernd lösen lässt. Wir leben in einem Uebergangsstadium, dessen schliessliche Gestaltung sich, wie wir schon Eingangs dieses Artikels bemerkt haben, in diesem Augenblick nicht mit Sicherheit voraussehen lässt. Müssen wir also die endgültige Beantwortung der Frage einer späteren Zeit überlassen, so scheint es uns im gegenwärtigen Augenblicke darauf anzukommen, die streitenden Parteien so weit mit einander zu versöhnen, als möglich, ihren beiderseitigen Interessen so sehr als möglich gerecht zu werden und vor allem: nicht die Interessen unserer Wissenschaft unter dem Zwiespalt der Parteien leiden zu lassen.

Diesen praktischen Bemühungen sei der Schluss unserer Ausführungen gewidmet.

Welches ist die gegenwärtige Sachlage, und was soll an die Stelle derselben gesetzt werden?

In diesem Augenblick besitzen wir nach den geschilderten harten Kämpfen bei den internationalen Kongressen 2 gesonderte unabhängige Abteilungen: eine laryngologische und eine otologische Sektion. Diese Einrichtung ermöglicht es sowohl dem reinen Laryngologen wie dem reinen Otologen, der diese Kongresse und ähnliche Veranstaltungen hauptsächlich der wissenschaftlichen Arbeit halber besucht, die ganze Arbeitszeit in nutzbringender Weise zu verwenden, während diejenigen Kollegen, welche sich sowohl der Laryngologie wie der Otologie befleissigen, die Auswahl hinsichtlich des Besuches der einen oder der anderen Sektion haben. Wir können in dieser Möglichkeit nur einen Vorzug, ganz und gar aber keine Beeinträchtigung erblicken: wird es doch — sit venia comparationi — keinem Gasthaus, das eine Mittagsmahlzeit zu festen Preisen verabfolgt, als Uebelstand angerechnet, wenn es seinen Gästen die Auswahl unter den Speisen lässt! — Wenn hiergegen eingewendet werden sollte, dass der Vergleich nicht recht passe, einmal, weil bei dem abwechselnden Besuch beider Sektionen kostbare Zeit verloren gehe, zum anderen, weil gleichzeitig auf der Tagesordnung beider Sektionen wichtige Fragen stehen könnten, an deren Diskussion manche Kollegen teilzunehmen wünschen dürften, so lautet die natürliche Antwort hierauf, dass sich beide Uebelstände mit einem klein wenig guten Willen und geschickter Anordnung fast gänzlich vermeiden lassen (wir werden uns am Schlusse dieses Artikels ganz bestimmte Vorschläge in dieser Beziehung erlauben), dass aber keiner derselben so tiefgehende prinzipielle Veränderungen erfordere, wie es die Verschmelzung beider Sektionen in eine einzige bedeutet.

In Wirklichkeit aber gehen die Ansprüche wenigstens eines Teils der Fusionsfreunde viel weiter, als dass sie mit einem Kompromiss zu erledigen wären. Wiederholt hat der Schreiber dieser Zeilen bei privater Besprechung dieser Frage zu hören bekommen: „Ja, wenn ich zu einem internationalen medizinischen Kongress oder zu einer ähnlichen Veranstaltung gehe, so will ich an allem teilnehmen, was mich interessiert". Wie man sieht, ist es nicht der Geist des „Lebens und Lebenlassens" oder des „do ut des", der solche Gesinnungen beseelt, sondern derjenige des „Va-t-en que je m'y mette" oder der des reinen, unverhüllten Egoismus. Denn wenn derjenige, der sich zu diesen Gesinnungen bekennt, einen Augenblick darüber nachdächte, was die Gewährung seiner Forderung für diejenigen seiner Spezialkollegen bedeutet, welche seine Ansichten über die innere Zusammengehörigkeit der beiden Spezialitäten nicht teilen, so müsste er selbst sehen, dass, damit er alles zu geniessen bekommt, die Gegenpartei die volle Hälfte ihrer Arbeitszeit verliert!

Selbst wenn man die ganze Frage nur von dem niederen Niveau persönlicher Interessen behandeln wollte, so dürfte es selbstverständlich

sein, dass diejenigen, welche somit an die Wand gedrückt werden sollen, sich aufs lebhafteste gegen diesen unliebsamen Prozess wehren.

Aber wir verschmähen es, eine Frage, die eine viel höhere Bedeutung für die gedeihliche Entwicklung unserer Spezialität hat, mit dem Massstabe kleinlicher persönlicher Interessen zu messen. Weit über solchen steht das Interesse unserer Spezialwissenschaft selbst, und nur vom Standpunkte dieses Interesses möchten wir die ganze Frage entschieden sehen. Legt man sich aber die Frage vor: Ist es im Interesse der Rhino-Laryngologie, dass sie bei medizinischen Zusammenkünften der genannten Art mit der Otologie in eine einzige Sektion verschmolzen wird? — so kann die Antwort unserem Erachten nach nur in dem Sinne erfolgen, dass die gegenwärtigen Einrichtungen beibehalten werden sollten.

Diese Behauptung kann leicht bewiesen werden.

Die internationalen medizinischen Kongresse werden gegenwärtig alle 3 Jahre einmal abgehalten. Die Dauer jedes derselben beträgt eine Woche, d. h. die Eröffnung erfolgt gewöhnlich am Montag, und am Sonnabend wird die Versammlung geschlossen. Am Montag pflegt nur nachmittags eine kurze Sitzung für die Konstituierung der Sektionen, die Eröffnungsreden der Sektionspräsidenten und die Erörterung geschäftlicher Angelegenheiten abgehalten zu werden, denen sich höchstens die Diskussion einiger kurzer Vorträge anschliesst, und am Sonnabend muss die Sektionsarbeit vor Beginn der allgemeinen Schlusssitzung, d. h. schon am frühen Vormittag beendigt werden. Es bleiben daher nur 4 volle und höchstens 2 halbe Arbeitstage für die wissenschaftliche Arbeit in den Sektionen. Nimmt man nun die Arbeitszeit der Sektion auf sechs Stunden pro Tag an — mehr wird man, wie schon früher einmal bemerkt (Centralblatt VII, 85), bei solchen Gelegenheiten wohl kaum je leisten können — so kommt eine Gesamtarbeitszeit von 30 Stunden heraus.

Nun hat die praktische Erfahrung uns einmal über das andere bei diesen Kongressen darüber belehrt, dass schon jetzt, d. h. wo die Laryngologie und die Otologie getrennt tagen, es nur mit grösster Mühe möglich ist, das sich bei diesen Gelegenheiten darbietende Material innerhalb der gegebenen Zeit zu bewältigen. Die Zahl der angemeldeten Vorträge steht gewöhnlich ganz ausser Verhältnis zur Gesamtarbeitszeit, zumal wenn — wie dies von Rechts wegen sein sollte und auch stets bei diesen Gelegenheiten beherzigt worden ist — der Hauptnachdruck auf die allgemeinen Diskussionen gelegt wird. Oft genug haben die interessantesten Debatten eingeschränkt werden müssen, hat wichtigen Vorträgen überhaupt keine Diskussion folgen können, nur um Alles, das angemeldet und angenommen worden war, zur Verhandlung kommen zu lassen; oft genug haben die Laryngologen des bewirtenden Landes ihre eigenen Vorträge zurückgezogen, um es den Gästen zu ermöglichen, ihre Vorträge zu halten; oft genug ist trotzdem Unzufriedenheit derer laut geworden, welche meinten, ihre Mitteilungen hätten ein besseres Schicksal

verdient, als in atemloser Eile abgehaspelt zu werden. Wir haben diese Frage in fast jedem unserer Berichte über die laryngologischen Sektionen der internationalen Kongresse eingehend erörtert und können unsere Leser hinsichtlich der Einzelheiten auf diese, stets unter dem frischen Eindruck der Verhandlungen verfassten Berichte verweisen.

Wenn nun trotz solcher, immer erneuter Erfahrungen gegenwärtig der Wunsch nach einer Verschmelzung der laryngologischen und otologischen Sektionen laut wird, so bedauern wir dies im Interesse der Sache selbst. Denn die unabweisliche erste Folge der Erfüllung dieses Wunsches würde die Verminderung unserer ohnehin schon knappen Arbeitszeit um die volle Hälfte, wenn nicht um mehr, sein! Naturgemäss müsste das Bureau einer kombinierten laryngo-otologischen Sektion, an welches, wie sich beinahe mit Sicherheit voraussagen lässt, infolge der Ueberfülle des angebotenen Materials ganz unerfüllbare Forderungen herantreten werden, um zunächst dem Vorwurf der Parteilichkeit vorzubeugen, die zur Verfügung stehende Zeit in genau gleichen Verhältnissen zwischen laryngologischen, rhinologischen und otologischen Diskussionen und Vorträgen verteilen, und da ebenso naturgemäss im Rahmen eines allgemeinen Kongresses weder die Zahl noch die Dauer der Sitzungen vergrössert werden kann, so würde die Zahl der allgemeinen laryngologischen Diskussionen voraussichtlich auf zwei solche, die gesamte, laryngologischen Vorträgen und Diskussionen gewidmete Zeit auf etwa 10 Stunden herabgesetzt werden müssen!

Und diese, lächerlich geringe Zeit, die uns einmal alle 3 Jahre zur Verfügung gestellt würde, sollte zu einer internationalen Aussprache über — wir wollen gar nicht sagen: alle, aber auch nur einige wenige der wichtigsten schwebenden laryngologischen Fragen genügen? — —

Wir denken, dass auf dem Boden dieses praktischen Gesichtspunktes wir alle, so weit auch unsere Meinungen über die Prinzipienfrage auseinandergehen mögen, uns vereinigen können und sollten, um in einer solchen Verminderung unserer Arbeitszeit eine schwere Schädigung der wissenschaftlichen Interessen unserer Spezialität zu erblicken, die durchaus vermieden werden sollte!

Denn, vergessen wir es nicht: die internationalen medizinischen Kongresse bieten für uns, d. h. für die Laryngologen, die einzige Gelegenheit zu einer wirklichen allgemeinen Aussprache und Verständigung. Es ist in manchen Kreisen beinahe zur Mode geworden, über die wissenschaftliche Seite dieser grossen Kongresse zu spötteln, die Zusammenkünfte als wissenschaftliche „Karnevals“ zu bezeichnen, den Wert der in ihnen abgehaltenen Diskussionen zu bezweifeln und dergleichen mehr. Ob dieser Skepticismus im allgemeinen berechtigt ist, wollen und haben wir hier nicht zu untersuchen; dass er für die laryngologischen Sektionen derjenigen Kongresse, die der Schreiber dieser Zeilen besucht hat, keine Berechtigung hat, kann er mit vollster Ueberzeugung versichern. Denn die laryngologischen Sektionen haben jederzeit ihren

Schwerpunkt nicht in dem geselligen, sondern in dem wissenschaftlichen Teil der Zusammenkünfte gesucht; sie haben ernst und erfolgreich gearbeitet; es sind in ihnen die wichtigsten, zur Zeit schwebenden Fragen unseres Gebietes ihrer Lösung nähergeführt, Gegensätze ausgeglichen oder gemildert, Verständigungen angebahnt, Uebertreibungen auf ihr richtiges Maass zurückgeführt, neue Gesichtspunkte eröffnet worden. Wer sich erinnern kann, wie — um nur einige der wichtigsten Dinge zu nennen — die Fragen der Behandlung der Kehlkopftuberkulose, des Kehlkopfkrebses, der Posticuslähmung, der nasalen Reflexneurosen, der Intubation des Kehlkopfs, der akuten infektiösen Halsentzündungen, der Photographie des Kehlkopfs, der Durchleuchtung der Nebenhöhlen der Nase, der zentralen und peripheren motorischen Innervation des Kehlkopfs, der Pachydermie, der Nebenhöhleneiterungen — in den laryngologischen Sektionen der internationalen medizinischen Kongresse gefördert worden sind (manche derselben, wie die Frage der Behandlung der Kehlkopftuberkulose, methodisch von einem Kongress zum andern), der wird dankbar zugestehen müssen, dass die betreffenden Verhandlungen dermassen Marksteine in unserer fortschreitenden Erkenntnis gerade der wichtigsten Dinge dargestellt haben, dass es jammerschade wäre, wenn uns die einzige Gelegenheit, uns über sie in internationalem Kreise auszusprechen, verkümmert werden sollte! —

Denn immer und immer wieder müssen wir es betonen, dass die internationalen medizinischen Kongresse für uns Laryngologen die einzige Gelegenheit zu solcher Aussprache darstellen! Nachdrücklichst muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass durch die Verschmelzung der laryngologischen mit der otologischen Sektion die speziellen Interessen der Laryngologie viel schwerer beeinträchtigt werden würden als die der Otologie! — Die Otologen haben immer noch ihren dreijährigen otologischen Spezialkongress, an den sich die Neuerungssucht bisher nicht herangemacht hat, und der ihnen Gelegenheit gibt, sich in aller Ruhe über die sie speziell interessierenden Fragen im internationalen Kreise von Sachverständigen auszusprechen; wir Laryngologen haben, wenn uns unsere Sektionstätigkeit verkümmert wird, absolut nichts dergleichen! — Und ein weiterer praktisch ebenso wichtiger Umstand kommt hinzu: Wie uns wiederholt von massgebendster otologischer Seite gesagt worden ist, hat seit der Gründung der otologischen Spezialkongresse der Besuch und die Tätigkeit der otologischen Sektionen der allgemeinen internationalen Kongresse quantitativ und qualitativ empfindlich gelitten. Das heisst mit anderen Worten: Während bisher die laryngologischen Sektionen alles geleistet haben, was man von ihnen vernünftigerweise erwarten kann, und während sie nur unter der Ueberfülle des Materials gelitten haben, soll ihnen jetzt ihre kostbare Zeit um die Hälfte oder mehr verkürzt werden, damit das Prinzip einer gleichmässigen Behandlung beider Spezialitäten unter allen Umständen gewahrt bleibe, obwohl der Schwerpunkt der otologischen

Interessen sich anscheinend von den allgemeinen internationalen Kongressen abgewendet hat! — —

Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, um mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussagen zu können, dass die Erfüllung der Fusionswünsche zunächst die Folge haben dürfte, dass die kombinierte otolaryngologische Sektion ihre Anziehungskraft für viele Führer auf beiden Gebieten einbüssen würde. Wem sie wirklich zugute kommen würde, ist uns unverständlich.

Ueberhaupt muss der Schreiber dieser Zeilen an dieser Stelle freimütig bekennen, dass ihn die ganze Bewegung an nichts so sehr erinnert, als an die Parabel vom Schlachten der Henne, welche die goldenen Eier legte! — Nach vielen harten, immer wiederholten Kämpfen um die Gleichberechtigung unserer Spezialität mit anderen haben wir endlich eine Stellung erlangt, innerhalb deren Rahmen wir anerkannt Tüchtiges geleistet und uns wohl gefühlt haben, während ihre Organisation die Bewunderung und den Neid anderer Zweige erregt hat. Noch ist diese Stellung, wie die Vorgänge bei dem letzten und bei dem bevorstehenden Kongress gezeigt haben, eine nichts weniger als gesicherte, da erwächst ihr eine neue Gefahr aus der Mitte der Spezialisten selbst. Es soll eine Vereinigung geschaffen werden, die vielen der Erfahrensten und um den Fortschritt beider Fächer Verdientesten nicht innerlich geboten erscheint, deren Erfüllung beide Spezialitäten die Hälfte ihrer an sich knapp bemessenen Zeit berauben und den Besuch der Verhandlungen voraussichtlich stark beeinträchtigen würde. Ist das rätlich? — Und weitere Folgen lassen sich mit grosser Wahrscheinlichkeit voraussehen. Sollten sich jemals die Angehörigen beider Spezialitäten mit überwiegender Majorität für eine solche Vereinigung bei den internationalen Kongressen aussprechen, so wird sicherlich die Bewegung nicht an dieser Stelle stehen bleiben! — Ersparungsbedürftige Finanzminister werden logisch folgerichtig schliessen, dass, da ja die Angehörigen beider Spezialitäten selbst eine Verschmelzung wünschten, das Bestehen getrennter Professuren, Assistentenstellen, Kliniken und Polikliniken für Laryngologie und Otologie ein durchaus überflüssiger Luxusartikel sei, und werden demgemäss, auch an den grössten Universitäten, die entsprechenden Veränderungen vornehmen. —

Auch ein solcher Schritt mag vielleicht den Vorkämpfern der neuen Richtung durchaus wünschenswert erscheinen; wie viele von ihnen aber sind darauf vorbereitet, noch weiter zu gehen und Verschmelzungen zu befürworten, die sich in durchaus absehbarer Ferne an die laryngo-otologische Fusion anschliessen dürften? Schon heute wird behauptet, dass volle $^2/_3$ aller Augenleiden von der Nase bedingt seien. Wenn diese Behauptung auch vorläufig noch nicht mit demselben Enthusiasmus aufgenommen worden ist, wie die gleiche, die Abhängigkeit der Ohren- und Kehlkopfleiden von der Nase betreffende, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass zwischen Nase und Augen wichtige Berührungspunkte

bestehen. Da es nun zum Gesetz erhoben zu werden scheint, dass, wo irgendwo Berührungspunkte in einzelnen Kapiteln bestehen, eine allgemeine Verschmelzung und spezialistische Betreibung beider Fächer die notwendige Folge sein muss, so dürfte wahrscheinlich, wenn nicht gegenwärtig das Wort: „Principiis obsta“ befolgt wird, in weiteren 5 oder 10 Jahren ebenso lebhaft wie jetzt gefordert werden, dass die mittlerweile konstituierte oto-laryngologische Sektion mit der ophthalmologischen in eine einzige verschmolzen werde und dass die hieraus sich ergebenden weiteren Folgerungen für Lehren, Lernen, Praxis und Hospitaltätigkeit mit logischer Notwendigkeit gezogen werden müssten! Sind die Herren Rhinologen präpariert, diese Schlussfolgerung zu ziehen? Es ist das Charakteristische solcher Bewegungen, dass die „Girondisten“ nicht darauf zu rechnen pflegen, dass ihnen „La Montagne“ folgt!

Vermutlich werden einige Theoretiker auch vor diesem Schritte nicht zurückschrecken und es im Gegenteil als einen Fortschritt begrüssen, dass aus der Mitte der Spezialisten selbst Versuche gemacht würden, der übermässigen Spezialisierung entgegenzutreten. Nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen aber bedeutet die ganze Bewegung eine „Reductio ad absurdum“ unserer ganzen Existenzberechtigung! — Der Spezialismus ist ein Uebel, gewiss, aber ein notwendiges! Nicht einer Mode folgend, wie so vielfach behauptet wird, hat er sich herausgebildet, sondern weil die Kunst zu lang, das Leben zu kurz geworden ist, als dass die Mehrzahl der Aerzte dasjenige, was die Medizin unserer Tage darstellt, nach allen Richtungen hin mit gleicher Virtuosität beherrschen könnte. Gewiss muss man sich vor den Gefahren zu grosser Zersplitterung, zu grosser Engherzigkeit hüten; aber wenn man nunmehr den Versuch macht, Dinge, zu deren gründlicher Beherrschung im Einzelnen die Fähigkeiten und die Tatkraft des Durchschnittsspezialisten ausreichen, auf einen viel weiteren Umfang auszudehnen, so wird das voraussichtliche Resultat eher einer Verflachung als einer Vertiefung der Einzelkenntnisse gleichkommen! — Die Schlange beisst sich in den Schwanz: Das ist die Charakteristik der von uns bekämpften Bewegung! — —

Einen Ausweg gibt es nun, die streitenden Ansichten mit einander zu versöhnen und zum mindesten übereilte Schritte zu verhindern, die sich später nur mit Schwierigkeit, vielleicht gar nicht rückgängig machen liessen: Man lasse die beiden Sektionen, wie bisher, getrennt bestehen, lasse sie aber in solchen Fragen, die voraussichtlich die Kehlkopfärzte ebenso wie die Ohrenärzte interessieren werden, d. h. in pharyngo-rhinologischen Fragen, gemeinschaftliche Sitzungen abhalten.

Persönlich stehen wir, wie wir freimütig bekennen wollen, diesem Auswege ohne sonderliche Sympathie gegenüber. Theoretisch sind solche gemeinschaftlichen Sitzungen recht hübsch, praktisch haben sie sich unserer allerdings beschränkten Erfahrung nach wenig bewährt. Schon im Anfang dieses Artikels ist des verunglückten Versuchs gedacht

worden, in Kopenhagen die beiden Sektionen bei zwei Gelegenheiten zusammen tagen zu lassen. — Lebhaft erinnert sich der Schreiber dieser Zeilen weiterhin eines Besuches, den er einer laryngo-otologischen Gesellschaft in fremdem Lande vor einigen Jahren abstattete. Als er das Sitzungszimmer betrat, bot sich ihm ein merkwürdiges Bild: Der Präsident sass mit leidendem Gesichtsausdruck auf dem Präsidentenstuhl; unterhalb seines Platzes stand der Vortragende, der einen längeren Vortrag aus seinem Manuskript ablas; auf den Zuhörerbänken sassen 8—10 Herren, die in so lauten Zwiegesprächen begriffen waren, dass die Stimme des Vortragenden, um den sich Niemand kümmerte, vollständig übertönt wurde. Auf die erstaunte Frage des Gastes, was das bedeute, antwortete der Kollege, der ihn freundlichst eingeführt hatte: „O, das ist nur ein otologischer Vortrag; der interessiert die Meisten nicht. Nachher haben wir Vorträge von allgemeinerem Interesse; da wird sich die Sitzung schon füllen und man wird auch aufmerksamer zuhören“. So war es auch! — — Das belehrendste Beispiel aber von den Schwierigkeiten, welche erwachsen, wenn man nicht innerlich zusammengehörige Dinge um jeden Preis unter einen Hut bringen will, erlebte der Schreiber dieser Zeilen im vorigen Jahre. Man hatte ihm die Ehre angetan, ihn um seinen Rat bezüglich eines geeigneten Gegenstandes für eine allgemeine Diskussion zu fragen, die im Schosse der kombinierten oto-laryngologischen Sektion der British Medical Association stattfinden sollte, welche im vorigen Jahre in Edinburgh tagte. Da den Sektionssitzungen 3 Tage gewidmet waren, so nahm er an, dass an einem Tage eine speziell laryngologische, am zweiten eine dito rhinologische und am dritten eine dito otologische allgemeine Diskussion beabsichtigt würde und schlug das Thema für die erstgenannte vor: „Die gegenseitigen Beziehungen und der relative Wert experimenteller Forschung und klinischer Erfahrung in der Laryngologie“. Das Thema wurde gut geheissen, gegen seinen dringenden Rat aber dahin erweitert, dass es auch die Rhinologie und Otologie einschliessen sollte, um besondere allgemeine Diskussionen in den beiden letztgenannten Unterabteilungen fortfallen lassen zu können. Vergebens gab er zu bedenken, dass die Fragen, um welche es sich mit Bezug auf dieses gegenseitige Verhältnis in den 3 Unterabteilungen handle, welche in der Sektion vereinigt waren, innerlich so verschieden seien, dass eine fruchtbringende Diskussion unmöglich erwartet werden könne, weil sich die Gesichtspunkte und Ausführungen sicherlich zersplittern würden; es blieb bei dem gefassten Beschlusse. Der Erfolg erwies nur zu deutlich die Berechtigung der ausgesprochenen Befürchtungen. Obwohl der Kollege, welcher es übernommen hatte, den rhinologischen Teil der Diskussion einzuführen am Erscheinen verhindert war und auch sein Referat nicht eingesandt hatte, so dass nur der laryngologische und der otologische Teil des Themas verhandelt wurde, gingen die Fragen, die von den beiden Einführenden angeregt wurden, dermassen auseinander, dass das Resultat für die Zuhörer geradezu verblüffend war. Es ist keine Ueber-

treibung zu sagen, dass, wenn die Neurologen und die Gynäkologen eine gemeinsame Sitzung gehalten hätten und je 2 Redner abwechselnd für die Lokalisation des Gesichtsinns und die Totalexstirpation des Uterus gesprochen hätten, die Diskussion kein heterogeneres Gepräge hätte tragen können, als dies in unserer Sektion der Fall war. Zunächst entstand, nachdem das zweite Referat beendigt war, ein äusserst peinliches, gewiss 10 Minuten anhaltendes allgemeines Schweigen, dann sprach der eine von diesem, der andere von jenem Punkte, der ihn speziell in den einleitenden Reden interessiert hatte, die wirklich zur Diskussion stehende Grundfrage aber kaum berührte und das Resultat war ein äusserst unbefriedigendes, wie sich jedermann überzeugen wird, der den Originalbericht im Brit. Med. Journ. 1898, Vol. II, p. 1220 u. ff. nachlesen will. — Wir haben die Episode hier ausführlicher mitgeteilt, weil sich mit Sicherheit voraussehen lässt, dass die gemachte Erfahrung öfters sich wiederholen wird, wenn man gemeinsame Diskussionen in Fragen erzwingen will, die einen innerlichen Zusammenhang nicht besitzen. Immer aber werden wir doch nicht über adenoide Vegetationen diskutieren können! — Beiläufig sei erwähnt, dass die zweite allgemeine Diskussion der kombinierten otolaryngologischen Sektion in Edinburgh einer Besprechung der „Bedeutung der Ohrenkrankheiten für die Lebensversicherung" gewidmet war, zu welcher sich unsere Sektion mit der Lebensversicherungssektion verbunden hatte. Am 3. Tage fand überhaupt keine allgemeine Diskussion im Schosse unserer Sektion statt.

Erfahrungen solcher Art sind selbstverständlich nicht sehr ermutigender Natur. Doch wollen wir gern zugeben, dass ihre Anzahl eine zu geringe ist, um auf dieselbe hin ein abschliessendes Urteil zu fällen. Auch mögen sie vielleicht exzeptionell ungünstig gewesen sein. Ferner verkennen wir auch nicht, dass es unzweifelhaft wenigstens einige Fragen gibt, in welchen die Interessen beider Spezialitäten durchaus parallel laufen und in denen es geradezu bedauerlich wäre, wenn zufällig bei einer und derselben Kongresssitzung über sie in beiden Sektionen getrennt diskutiert würde. Wir denken dabei natürlich in erster Stelle immer wieder an die adenoiden Vegetationen, doch gibt es ja auch andere Fragen, wie die der nasalen Reflexneurosen, des Einflusses intranasaler Verstopfung auf ferner gelegene Bezirke usw., die sich mit Vorteil in gemeinschaftlichen Sitzungen besprechen lassen. Will man es also nicht bei den bestehenden Einrichtungen, unter denen wir uns wohl befunden und Tüchtiges geleistet haben, bewenden lassen — was uns persönlich unzweifelhaft das Wünschenswerteste zu sein scheint — so mache man immerhin den Versuch, bei im Uebrigen getrenntem Bestehen der beiden Sektionen eine Anzahl von gemeinschaftlichen Sitzungen für die Besprechung von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem Interesse stattfinden zu lassen. Eine solche auf freiem Uebereinkommen der beiden Sektionen beruhende und nicht prinzipiell verpflichtende Vereinigung würde den Vorzug einer praktischen Prüfung der Frage

seitens beider Teile haben, ohne unsere so schwer errungene Stellung dauernd zu vernichten. Bewährt sie sich, so lässt sie sich leicht allmählich zu einer dauernden ausdehnen; entspricht sie nicht den gesetzten theoretischen Erwartungen, so können wir zu unserer gegenwärtigen Einrichtung zurückkehren, ohne von neuem die wenig erfreulichen Kämpfe bestehen zu müssen, die im Eingang dieses Artikels geschildert worden sind.

Es dürfte sich also vielleicht empfehlen, wenn die zweite Frage, die wir im Eingange dieses Artikels zur Diskussion in den Spezialgesellschaften vorschlugen, folgendermassen präzisiert würde:

1. Sollen die bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer selbständigen und unabhängigen vollen Sektion für jede der beiden Spezialitäten aufrecht erhalten bleiben?

2. Soll bei selbständigem Bestehenbleiben je einer laryngologischen und otologischen Sektion es als eine Instruktion für die Organisationscomités beider Sektionen gelten, dieselben behufs Diskussion von Fragen von voraussichtlich gemeinsamem (d. h. rhino-pharyngologischem) Interesse gemeinschaftlich tagen zu lassen, während speziell laryngologische und speziell otologische Dinge in getrennten Sitzungen verhandelt werden?

3. Soll die laryngologische mit der otologischen Sektion in eine einzige kombinierte Sektion verschmolzen werden?

Würde die dritte dieser Fragen von der überwiegenden Majorität der Interessenten bejahend beantwortet werden, so würde sich selbstverständlich die Minorität fügen müssen. Wären die Ansichten etwa gleich geteilt oder wäre auch nur eine sehr erhebliche Minorität gegen die Verschmelzung, so sollten nach der Ansicht des Schreibers dieser Zeilen die Dinge — wenigstens vorläufig — beim Alten bleiben oder doch der vorgeschlagenen praktischen Prüfung unterzogen werden; denn darüber kann doch wohl kaum ein Zweifel sein, dass die Anhänger der bestehenden Einrichtungen viel schwerer von der vorgeschlagenen Aenderung berührt werden, als die Fürsprecher der letzteren von dem Fortbestehen der gegenwärtigen Einrichtungen! — Immerhin aber ist dies eine Frage, über welche es bei eventueller bedeutender Meinungsverschiedenheit innerhalb der einzelnen spezialistischen Gesellschaften selbst sehr wünschenswert wäre auch andere Stimmen zu vernehmen, als die des Schreibers dieser Zeilen und eventuell direkte Instruktionen zu erhalten.

Sollte die erste oder die zweite der vorgeschlagenen Fragen die Mehrzahl der Stimmen erhalten, so würde sich hieran sofort als durchaus für den praktischen Erfolg beider Sektionen erforderlich die Instruktion an die Laryngologen und Otologen desjenigen Landes, in welchem der nächste internationale Kongress abgehalten wird, anzuschliessen haben: dass sie mit allen Kräften darauf hinwirken müssten, schon in dem vorbereitenden Organisationscomité des Kongresses in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten zu sein! — Diese

Einrichtung würde nicht nur verhindern, dass immer wieder von neuem Versuche gemacht würden, uns unserer so schwer erkämpften Stellung zu berauben, sondern auch weiterhin die Gewähr bieten, dass bei der so wichtigen Frage der Bestimmung der Sitzungslokalitäten die Interessen derjenigen Kollegen, welche sich sowohl mit Otologie wie mit Laryngologie beschäftigen, gebührend berücksichtigt werden. Denn wir verkennen keinen Augenblick die Berechtigung der Klage, dass bei mehr als einem der bisherigen Kongresse die Sitzungsräume der beiden Spezialitäten so weit von einander entfernt gewesen sind, dass die Frequentanten beider mit dem „Hin- und Herstürzen zwischen den Sitzungszimmern" kostbare Zeit verloren haben. Dem aber lässt sich leicht genug abhelfen, wenn bei der Frage der Verteilung der Sitzungsräume sofort von den Repräsentanten beider Sektionen der Wunsch nach Zuteilung benachbarter Räume ausgedrückt wird. — Auch im Uebrigen wird es sich sicherlich empfehlen, mag sich nun die Majorität für die erste oder die zweite der beiden vorgeschlagenen Eventualitäten entscheiden, dass die Sektionsbureaus beider Spezialitäten in jeder Beziehung, zumal aber bei der Ansetzung der Tagesordnungen Hand in Hand gehen; wie es denn auch, selbst wenn die Dinge so blieben wie bisher, durchaus nicht ausgeschlossen wäre, dass gelegentlich gemeinsame Sitzungen beider Spezialitäten stattfinden.

Es wird nunmehr an den Laryngologen und Otologen selbst sein, ihre Entscheidung zu treffen. Das Centralblatt wird gern bereit sein, diese Entscheidungen zu registrieren und ihre Ergebnisse zum Schlusse zusammenzustellen. Er erbittet sich zu diesem Zwecke direkte und authentische Mitteilungen von den Vorsitzenden resp. Schriftführern derjenigen Gesellschaften, in welchen die gemachten Vorschläge besprochen und entschieden sein sollten.

Den Anfang hat die Versammlung süddeutscher Laryngologen gemacht, welche, nachdem der Schreiber dieser Zeilen die im ersten und letzten Teile dieses Artikels ausgedrückten Ansichten entwickelt hatte und nachdem Prof. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) sich ebenfalls für eine Trennung von Laryngologie und Otologie ausgesprochen hatte, in ihrer am 2. April 1899 zu Heidelberg abgehaltenen Sitzung einstimmig folgende Resolution annahm: „Dass die Versammlung der Ansicht sei, dass Laryngologie und Otologie bei internationalen Kongressen und ähnlichen Anlässen in selbständigen, von einander getrennten Sektionen vertreten sein sollten".

Die Präsenzliste der Versammlung wies folgende Namen auf:

1. Schäfer (Neustadt a. H.). 2. Jurasz (Heidelberg). 3. Seifert (Würzburg). 4. Krieg (Stuttgart). 5. Weener (Mannheim). 6. Müller (Altenburg, S.-A.). 7. Hoffmann (Dresden). 8. Schulz (Danzig). 9. Aronsohn (Ems-Nizza). 10. Klemperer (Strassburg i. E.). 11. Paterson (Cadiff). 12. Reinhard (Duisburg). 13. Schantz (Ems). 14. Lieven (Aachen). 15. Blumenfeld (Wiesbaden). 16. Matthias (Landau).

17. P. Th. L. Kan (Leiden). 18. H. Müller (Heidelberg). 19. Magenau (Heidelberg). 20. Fischer (Colmar i. E.). 21. Buss (Darmstadt). 22. Klingel (Elberfeld). 23. Thilenius (Soden). 24. Filbry (Koblenz). 25. Moxter (Wiesbaden). 26. Pröbsting (Wiesbaden). 27. Th. Barth (Dresden). 28. v. Wild (Frankfurt a. M.). 29. Ziegelmeyer (Langenbrücken). 30. Zintl (Marienbad). 31. Cahn (Mannheim). 32. Kahn (Würzburg). 33. Schmidt (Würzburg). 34. Hasslauer (Würzburg). 35. O. Betz (Heilbronn). 36. C. Schumacher II (Aachen). 37. Markwald (Giessen). 38. Betz (Mainz). 39. Neuberger (Frankfurt a. M.). 40. Scherpf (Kissingen). 41. Felix Semon (London) als Gast. 42. Apt (Ems). 43. Killian (Worms). 44. Avellis (Frankfurt a. M.). 45. Winckler (Bremen). 46. M. Schmidt (Frankfurt a. M.). 47. Siebenmann (Basel). 48. Fischenich (Wiesbaden). 49. Rosenfeld sen. (Stuttgart). 50. Rosenfeld jun. (Stuttgart). 51. Schwager (Kaiserslautern). 52. Marcuse (Mannheim). 53. Siegele (Heidelberg). 54. Kasbaum (Strassburg). 55. Neugast (Mannheim). 56. v. Geyer (Freiburg i. B.). 57. Hedderich (Augsburg). 58. Killian (Freiburg i. B.). 59. Eulenstein (Frankfurt a. M.). 60. Brauer (Heidelberg). 61. Bettmann (Heidelberg). 62. E. Helbing (Nürnberg). 63. Wiegmann (Heidelberg). 64. Jöngst (Saarbrücken). 65. Jens (Hannover).

---

c) De re publica laryngologica*).

Die schöne Sitte, einem hervorragenden Gelehrten bei Vollendung eines bedeutsamen Abschnitts seiner Laufbahn ein Zeichen der Sympathie und der dankbaren Anerkennung, deren er sich unter seinen Fachgenossen und seinen früheren Schülern erfreut, in Gestalt einer literarischen Festgabe darzubringen, gibt mir die willkommene Gelegenheit, einige fragmentarische Gedanken über öffentliche Interessen der Laryngologie mit losem Bande zusammenzufassen, und sie unserem Jubilar als Beitrag zu der ihm gewidmeten Festschrift mit meinen herzlichsten Wünschen zu Füssen zu legen. Absichtlich ist kein Versuch gemacht worden, sie zu einem einheitlichen Ganzen zu gestalten. Verschieden wie die Veranlassungen, die sie erzeugt haben, ist die Natur ihres Inhalts, und ich habe ihnen den Charakter loser „Gedankensplitter eines Murrkopfs“ nicht nehmen wollen. Aber was ihnen einen gemeinsamen Stempel aufdrücken dürfte, ist der Umstand, dass sie sich sämtlich mit öffentlichen Interessen unserer Spezialität befassen, und in diesem Sinne werden sie hoffentlich dem Jubilar willkommen sein. Denn was wir an Bernhard Fränkel verehren, ist neben seinen wissenschaftlichen Leistungen, neben seiner Meisterschaft klarer und eleganter literarischer Darstellung, neben seinem Lehrtalent, neben allen jenen Eigenschaften des Geistes und Gemüts, die ihm so zahlreiche treue Freunde, so viele dankbare und anhängliche Schüler erworben haben — ein warmes Herz für die öffent-

*) Veröffentlicht im Archiv für Laryngologie. Bd. V. 1896.

lichen Interessen unserer Wissenschaft! — Wenn einst eine ausführliche Geschichte des Aufblühens der Laryngo-Rhinologie und der harten Kämpfe, die sie um ihre Selbstständigkeit hat bestehen müssen, geschrieben werden wird, dann werden unsere Nachfolger sehen, wieviel wir alle Bernhard Fränkel zu verdanken haben. Heute aber schon mag wohl ein langjähriger Freund und Mitstreiter in diesen Kämpfen in lebhafter Erinnerung alles des Schweren, nicht selten Bitteren, und doch schliesslich Erhebenden, das sie gebracht, ihm als Angebinde an seinem Ehrentage einige Ideen widmen, die er sich „niemandem zulieb' und niemandem zuleide“ über öffentliche Fragen unserer Wissenschaft gebildet, und deren Gegenstand sicherlich auch öfters seine eigenen Gedanken beschäftigt hat.

Dem aufmerksamen Leser der internationalen laryngologischen Literatur kann es nicht entgangen sein, wie sehr dieselbe die Eigentümlichkeiten der allgemeinen Literatur der Mutterländer, und zwar sowohl die Vorzüge wie die Schattenseiten derselben teilt. So zeichnet sich die deutsche laryngologische Literatur durch ihre Gründlichkeit und ihr liebevolles Vertiefen in Details, freilich aber auch durch eine Breite der Darstellung aus, die nach der Ansicht vieler, durchaus nicht übelwollender, ausländischer Beurteiler nicht selten ausser Verhältnis zu der verhältnismässig geringen Bedeutung des behandelten Gegenstandes steht; so sucht die britische umgekehrt ihr Ideal in möglichster — häufig vielleicht zu weit getriebener — Knappheit der Schilderung, und in Betonung der praktischen Seite mit Unterordnung aller theoretischen Fragen; die französische, gewöhnlich ausgezeichnet durch durchsichtige Klarheit und Eleganz der Schilderung, ist bis auf die jüngsten Tage im Allgemeinen ihre eigenen Wege gegangen, wenig beeinflusst durch die Fragen, welche im Augenblick das Interesse der Laryngologen anderer Länder bewegen; die amerikanische folgt andererseits mit gespanntester Aufmerksamkeit allen Neuerungen im Auslande, eignet sich dieselben binnen kürzester Frist an, und ist im Allgemeinen geneigt, im Einklange mit dem „Go-ahead“-Geiste ihrer Nation, kühnere Schlüsse aus ihnen wie aus den im eigenen Lande gemachten Beobachtungen zu ziehen, als sie den meisten europäischen Fachgenossen ohne weiteres zulässig erscheinen; die italienische endlich ist nicht selten von rhetorischem Schwunge getragen und umkleidet bisweilen den strengen Ernst der Wissenschaft mit den luftigen Ranken der Phantasie. — Selbstverständlich aber ist diese Charakteristik eine ganz allgemeine: es finden sich überall zahlreiche Ausnahmen, auf welche sie ganz und gar nicht passen würde, und die besten Autoren aller Nationen haben sich gewöhnlich die Vorzüge anderer Länder angeeignet, ohne die schätzenswerten Eigentümlichkeiten ihres Vaterlandes und ihrer Sprache einzubüssen.

Wenn heutzutage Jemand eine Arbeit schreiben will, die auf wissenschaftlichen Wert Anspruch macht, so ist es fast eine notwendige Vorbedingung, dass dieselbe von ausgedehnter Literaturbenutzung Zeugnis ablegt. Interessant ist es auch hier wieder, zu vergleichen, in wie verschiedener Weise die einzelnen Nationen ihre bibliographischen Studien betreiben. Die Palme hinsichtlich einer wirklich internationalen Benutzung der fachwissenschaftlichen Literatur dürften im Allgemeinen die grösseren amerikanischen Werke und Arbeiten beanspruchen; nach ihnen kommen wohl die deutschen Beiträge, deren Literaturbenutzung sich aber leider nur zu vielfach auf die Arbeiten ihres engeren Vaterlandes beschränkt, und die Leistungen des Auslandes, uneingedenk des Sprüchworts, dass hinter'm Berge auch noch Leute wohnen, völlig oder nahezu unberücksichtigt lässt! — Die deutschen Kollegen ahnen wohl selbst kaum, wieviel böses Blut das gerade unter den wissenschaftlichen Laryngologen anderer Länder macht, die ihrerseits vor den Leistungen der deutschen Fachgenossen die höchste Achtung haben, dieselben stets aufmerksam studieren und gern zitieren, sich dann aber naturgemäss gekränkt darüber fühlen, dass ihre eigenen Erzeugnisse anscheinend so wenig Beachtung in Deutschland finden! — Ich kann den ausländischen Kollegen nicht Unrecht geben. Auch in Deutschland ist die Literaturbenutzung seitens der besten Autoren eine völlig internationale, aber nur zu oft bin ich selbst erstaunt darüber, in deutschen Arbeiten, zumal jüngerer Autoren, bei denen man Kenntnisnahme der internationalen Literatur, die ja heutzutage so leicht gemacht ist, naturgemäss erwarten sollte, jede, selbst die gelegentlichste resp. unbedeutendste Aeusserung anderer deutscher Schriftsteller ausführlich zitiert, die für die behandelte Frage bedeutsamsten Aussprüche und Erfahrungen der hervorragendsten ausländischen Autoritäten mit völligem Schweigen übergangen zu sehen.

Möchten diese Zeilen dazu beitragen, auch in meinem Vaterlande zu einer mehr internationalen Verwertung der Literatur anzuregen!

Was die Literaturbenutzung anderer Nationen anbetrifft, so legen die neueren französischen Arbeiten rühmliches Zeugnis dafür ab, dass man sich in Frankreich weit mehr um die laryngologische Tätigkeit in anderen Ländern zu bekümmern beginnt, als dies in früheren Jahren der Fall war. Auch in Italien scheint das Studium der ausländischen laryngologischen Literatur mehr und mehr in Aufnahme zu kommen, — wenigstens nach der internationalen Bibliographie zu schliessen, die man in vielen der neueren italienischen Arbeiten findet. — Die britischen Laryngologen sind im Allgemeinen keine grossen Freunde literarhistorischer Notizen. Dieselben widerstreiten dem auf möglichste Knappheit gerichteten Sinne der Leser und gar leicht kommt jemand, der die Meinungen vieler anderer Autoren zitiert, in den Verdacht, dass er seine Arbeit „auswattieren“ will! — Werden überhaupt andere Ansichten namhaft gemacht, so sind es in der Mehrzahl der Fälle die anderer englischer

sowie amerikanischer Forscher. Sprachliche Schwierigkeiten mögen wohl viel hiermit zu tun haben. Die besten britischen Autoren aber stehen auch in der Frage der Literaturbenutzung auf völlig internationalem Boden.

Verständige Literaturbenutzung hat einen grossen erziehlichen Wert. Sie erweitert einerseits den Gedankenkreis des Nachforschenden und lehrt ihn andrerseits Bescheidenheit, indem sie ihn erkennen lässt, wie häufig durchaus spontan gewonnene und von ihm selbst für völlig neu gehaltene Anschauungen schon früher ausgesprochen worden sind, wie häufig sein eigener, seinem besten Glauben nach durchaus origineller Gedankengang, ihm selbst unbewusst, auf den Arbeiten früherer Forscher beruht. Das selbst einzusehen, es in der eigenen Arbeit rückhaltlos anzuerkennen, die Staffeln zu bezeichnen, auf welchen die Ansichten des Autors erklommen sind, gleiche oder ähnliche Meinungen anderer Forscher zur Bekräftigung heranzuziehen, wichtige Fälle fremder Beobachter zu besprechen, entgegenstehende Ansichten oder Einwendungen zu entkräften — dies scheint mir das Ideal einer verständigen Literaturbenutzung zu sein.

Völlig nutzlos dagegen ist meines Erachtens das urteilslose Zitieren — nur der „Vollständigkeit" halber, jeglicher jemals über die behandelte Frage geäusserten Ansicht, wie es nicht nur in Dissertationen (wo es ja verständlich genug ist), sondern auch in reiferen Arbeiten häufig genug angetroffen wird. Es mag das wohl den Anschein grosser Belesenheit geben, dient aber doch in Wirklichkeit nur dazu, den Weizen mit der Spreu zu vermengen und den Leser, der keine eigene Erfahrung über den in Rede stehenden Gegenstand besitzt, in einen Zustand hoffnungsloser Verwirrtheit zu versetzen, welche dadurch wahrlich nicht verringert wird, dass in Arbeiten solcher Art für die Darstellung nicht selten die anmutige Form abwechselnder Antithesen gewählt wird und es heisst: „A. behauptet dies und das, B. meint dagegen etc. etc. Hiergegen wendet C. wiederum ein usw., worauf D. aber erwidert etc. etc." — — — — usw. „con grazia in infinitum." Sich einen Vers aus alledem zu machen, bleibt zum Schlusse gewöhnlich dem Leser überlassen, und dass dieser zwischen all' den Autoren entscheiden soll, mit deren Namen und Ansichten ihn der Verfasser einer solchen Arbeit überschüttet hat, während derselbe sich selbst einer eigenen Meinung nicht selten klüglich enthält — ist doch eigentlich ein wenig hart! —

Die Veranlassung zu dem Gedankengange des letzten Abschnittes hat eine Sitte — ich möchte beinahe sagen: eine Unsitte — gegeben, die sich zu meinem grossen Leidwesen im Laufe der letzten Jahre in der laryngologischen Literatur einzubürgern angefangen hat, und der ich auf das Entschiedenste entgegen treten möchte. Es ist dies die Sitte, nicht mehr, wie früher, die wirklich benutzten Arbeiten sofort, mit

Angabe der Seitenzahl, unter dem Texte in Form von Anmerkungen zu zitieren, sondern dem betreffenden Werke oder Kapitel eine möglichst „vollständige“ Bibliographie voranzuschicken oder folgen zu lassen. Einige dieser Bibliographieen sind nach alphabetischen, andere nach chronologischen, wieder andere nach sachlichen und der Rest nach — gar keinen Grundsätzen angeordnet; immer aber gilt das Motto: „je vollständiger, um so besser,“ denn — so argumentieren oberflächliche Beurteiler — um so gründlicher das Literaturstudium, ergo die Gelehrsamkeit des Verfassers! —

Das ist nun meines Erachtens ein Trugschluss, wie er schlimmer kaum gedacht werden kann.

Zunächst unterliegt es, wie ich aus eigener Erfahrung weiss, nicht dem geringsten Zweifel, dass ein bedeutender Prozentsatz solcher Bibliographieen überhaupt nicht von dem Verfasser selbst, sondern von dessen Assistenten, Famulis oder speziell honorierten literarischen Hilfsarbeitern angefertigt wird. Daher denn auch — weil solche Bibliographieen so häufig ohne Lust und Liebe und nur auf Bestellung angefertigt werden und von dem Besteller beim besten Willen nachher nur selten kontrolliert werden können — die erstaunliche Zahl von Irrtümern, die sich in ihnen finden: viele Eigennamen falsch geschrieben, Jahreszahlen, Journalnummern etc. falsch zitiert, wichtige Arbeiten ganz ausgelassen, gar nicht zur Sache gehörige angeführt usw.! — Jedenfalls geht schon hieraus hervor, dass ein allgemeiner Rückschluss aus der stupenden Zahl der im Literaturverzeichnis angeführten Arbeiten auf das eigene Literaturstudium des Verfassers absolut nicht zulässig ist, wenngleich ich es natürlich keinen Augenblick bestreiten will, dass einzelne sehr gewissenhafte und mit genügend freier Zeit gesegnete Autoren alle die Arbeiten gelesen haben mögen, die in ihrem Massenverzeichnis aufgeführt sind.

Aber diese Frage ist eine ganz untergeordnete gegenüber dem Schaden, den die neue Sitte meiner Ueberzeugung nach anzurichten droht. —

Ich hoffe, ich bin kein „laudator temporis acti“, aber unsere alte Gepflogenheit: unter dem Text mit Angabe der Seitenzahl zu zitieren, scheint mir nach allen Richtungen hin den Anforderungen an die Literaturbenutzung, wie ich sie im vorigen Abschnitt zu präzisieren versucht habe, durchaus zu entsprechen. Zunächst — und das ist bei den Anforderungen, die heutzutage an unsere literarische „Bewältigungsfähigkeit“ (sit venia verbo) gestellt werden, keine Kleinigkeit — ist sie äusserst bequem. Man hat die Verweise auf die Originale ohne ewiges Hin- und Herblättern sofort bei der Hand. Zweitens ist der Natur der Sache nach das sachlich Zusammengehörige auch zusammen zitiert, und will jemand eine Frage in den Originalarbeiten studieren, so findet er die Verweise auf die wichtigsten derselben (denn im allgemeinen pflegten doch nur diese speziell zitiert zu werden) hintereinander ohne jede Mühe. Drittens ist es für den Verfasser selbst das Natürlichste, sofort nach der Nennung des Namens des zitierten Autors

den Verweis auf die Arbeit desselben nebst der einschlägigen Seitenzahl in eine Anmerkung unter den Text zu setzen, und viertens endlich hat der Leser hierin eine Garantie, dass der Verfasser die zitierte Arbeit auch wirklich gelesen hat.

Die Vorzüge dieser Methode, denen, soweit ich zu ermessen vermag, keinerlei Nachteile gegenüberstehen, liegen so klar auf der Hand, dass es nicht leicht zu begreifen ist, warum sich die Neuerungssucht überhaupt an sie herangemacht hat. Nichtsdestoweniger ist die neue Sitte plötzlich erschienen, wie das Mädchen aus der Fremde: „man wusste nicht, woher sie kam!“ Wie jene, hat auch sie uns Gaben mitgebracht, die aber bei näherem Zusehen bedenklich ihre Herkunft aus Pandora's Büchse verraten. Das will ich jetzt nachzuweisen versuchen.

Es dürfte zunächst wohl keinem Widerspruch begegnen, wenn ich den Zweck literarischer Zitate dahin definiere, dass dem Leser die Gelegenheit gegeben werden soll, auf die Originale der von seinem Autor benutzten Arbeiten zurückzugehen und dieselben, wenn ihm dies wünschenswert erscheint, selbst zu studieren. Ebensowenig dürfte bestritten werden, dass es die Aufgabe des Autors sein muss, seinen Lesern diese Kenntnisnahme so viel als möglich zu erleichtern, nicht aber zu erschweren. Soweit ich aber zu urteilen vermag, bedeutet die neue Sitte: die ganze Bibliographie an den Anfang oder an das Ende einer Arbeit oder gar eines Lehrbuchs zu setzen — eine raffinierte Erschwerung des literarischen Studiums der Leser! — Selbst im besten Falle, d. h. wenn die Bibliographie dem Text sachlich folgt, geht es ohne ein ewiges Hin- und Herblättern nicht ab; doch will ich zugeben, dass dieses jedenfalls weniger beschwerlich gemacht wird, wenn wenigstens die sachlich zusammengehörigen Arbeiten hintereinander zitiert werden. Wird aber, wie dies leider neuerdings immer mehr Mode wird, eine alphabetische oder eine chronologische Reihenfolge in der Bibliographie beliebt, geht dazu noch der Ehrgeiz des Verfassers auf möglichste Vollständigkeit der Bibliographie, — so ergibt sich hieraus mit unerbittlicher Notwendigkeit, dass die sachlich zusammengehörigen Arbeiten weit auseinandergerissen werden und die Arbeit des gewissenhaften Lesers durchaus unnötigerweise erheblichst erschwert wird!

Ich will das einmal an ein paar konkreten Beispielen erläutern. Gesetzt, ein auf „Vollständigkeit“ seiner Bibliographie abzielender Autor, der es glücklich auf über tausend Nummern in derselben gebracht und dabei die alphabetische Anordnung gewählt hat, schreibt folgenden Satz: „Beispiele dieses Leidens scheinen ungemein selten; ich habe in der ganzen Literatur nur 14 Fälle auffinden können, die von A., C., D. (2 Fälle), F., H. (3 Fälle), K., M., P., R., S. (2 Fälle), W. stammen“, so dürfte sich das — wenn im Text direkt auf das Literaturverzeichnis verwiesen wird, was ja doch gemeiniglich auch in nach solchen Prinzipien abgefassten Werken geschieht — etwa so gestalten: „ich habe in der ganzen Literatur nur 14 Fälle auffinden können, die von A. (27),

C. (68), D. (134, 137), F. (220), H. (346, 352, 353), K. (475), M. (512), P. (716), R. (839), S. (912, 918), W. (1054) stammen". — Nun frage ich: ist das nicht schlechterdings absurd? — Und genau so absurd ist es, wenn sachlich zusammengehörige Dinge dem Prinzip chronologischer Anordnung zuliebe auseinandergerissen werden. Dann mag es wohl kommen, dass ein Autor, der im Verlauf von 20 Jahren 3 Fälle eines und desselben Leidens beschrieben hat, bei der Besprechung desselben hinter seinem Namen die Zahlen: (10, 570, 1120) findet! — Spasshaft dürfte es auch sein, wenn ein Autor z. B. schreibt: „Ich kann auf diese Kontroverse, die sich jahrelang hingezogen hat, hier nicht eingehen und muss Interessenten auf die Originale (224, 236, 429, 453, 768, 774, 992, 994) verweisen". — Und das soll die Aufgabe des Lesers erleichtern!! — Noch schlimmer wird die Sache, wenn der Autor sehr gewissenhaft sein will und im Text nicht nur den Autor und sein Werk, sondern auch die Seitenzahl des letzteren zitiert, auf welche sich seine eigene Angabe bezieht. Geniesst die betreffende zitierte Autorität nur einmal die Ehre, genannt zu werden, so geht das noch allenfalls, denn dann kann in der Bibliographie dem Titel des Werkes die betreffende Seitenzahl folgen. Wird sie aber an verschiedenen Stellen und in verschiedenen Beziehungen zitiert, so bleibt, soweit ich sehen kann, dem Verfasser überhaupt nichts anderes übrig, als im Text wie in den oben gegebenen Beispielen auf die Nummer der Bibliographie zu verweisen und dieser Nummer (ebenfalls im Text) die betreffende Seitenzahl folgen zu lassen. Damit kommen wir dann zu einem Pröbchen, wie: „So sagt X. (721, S. 114)", wobei nun von dem unglücklichen Leser verlangt wird, dass, während er 200—300 Seiten weiterhin nach 721 sucht, er „S. 114" krampfhaft im Gedächtnis behalten soll!! Das heisst doch wirklich: Stet principium, pereat mundus! — —

Bis jetzt habe ich immer nur von dem Leser gesprochen. Für den Autor selbst bedeutet die gewissenhafte Durchführung eines solchen Prinzips eine ebenso enorme wie völlig überflüssige Vermehrung seiner Arbeitslast.

Zunächst die Titel der wirklich in der eigenen Arbeit benutzten Veröffentlichung auf kleine Zettel schreiben, dann der lieben „Vollständigkeit" willen hunderte von anderen kleinen Zetteln mit aus allen möglichen anderen Werken, Centralblättern usw. zusammengesuchten anderen Titeln ausfüllen, dann die ganze Masse nach den gewählten alphabetischen oder chronologischen Grundsätzen anordnen und numerieren und nun noch einmal durch das ganze eigene Manuskript waten, und wo immer ein Name genannt ist, demselben die betreffende Nummer des Literaturverzeichnisses anheften — weiss man wohl, was das besagen will? Ich bin überzeugt, dass Dante, wenn er von dieser raffinierten Tortur des „fin du XIX. siècle" hätte ahnen können, noch einen speziellen Kreis in seinem Inferno beschrieben haben würde, in welchem Uebeltäter schlimmster Art Literaturverzeichnisse nach oben beschriebenem Rezept anfertigen müssten! —

Aber, wird man einwenden, selbst wenn die kritisierte Sitte Schattenseiten hat, so wird sie doch auch Vorzüge besitzen müssen. — Ja, wenn ich nur wüsste, was die letzteren wären! — Ich kenne keine, und würde dankbar sein, wenn man mir solche namhaft machen könnte.

„Der Vorteil der Sitte," so glaube ich antworten zu hören, „besteht eben in der Vollständigkeit der Bibliographie, welche es ermöglicht, überall auf die Originalarbeiten zurückzugehen." — Dachte ich's doch, dass mir dieser Fetisch, dem ebenso die natürliche Anordnung, wie die Bequemlichkeit der Leser und des Autors zum Opfer gebracht wird, genannt werden würde! —

„Nein," erwidere ich aus vollster Ueberzeugung: „diese Vollständigkeit ist — ganz abgesehen von den geschilderten, unleugbaren und grossen Nachteilen — kein Vorzug; sie ist ein Ballast, der sich schon jetzt lähmend an die eigene Arbeit des Verfassers anhängt, und bei dem riesigen Wachstum unserer Literatur von Jahr zu Jahr lähmender wirken wird, wenn man eigensinnig bei der Sitte beharrt; sie entspringt nicht einem Bedürfnis, sondern einer Mode und stellt in Wirklichkeit eine völlig überflüssige Konkurrenz mit den Sammelwerken der medizinischen Literatur im allgemeinen und denen unseres speziellen Faches im Besonderen dar; sie beruht auf einer Verkennung der wahren Aufgabe eines Lehrbuchs; je eher man auf sie verzichtet, um so besser für alle Teile!"

Ich will es nun versuchen, diese absprechende Meinung zu rechtfertigen.

Vor allen Dingen wünsche ich nicht etwa dahin verstanden zu werden, als ob ich mich gegen bibliographische Notizen im allgemeinen ausspräche. Ich hoffe, dass meine eigene 20jährige literarische Tätigkeit und die Grundsätze, zu welchen ich mich im vorigen Abschnitt hinsichtlich der Literaturbenutzung bekannt habe, mich gegen ein solches Missverständnis schützen werden. Auch habe ich gewiss nichts dagegen einzuwenden, wenn in einer Schilderung historischen Charakters, in einer Monographie oder einer Arbeit über eine einzelne Frage, zumal wenn dieselbe einen Gegenstand von neuerem Interesse betrifft, der bis dahin wenig bearbeitet worden ist, der Verfasser nach möglichster Vollständigkeit seiner bibliographischen Referenzen strebt. Das ist im Gegenteil nur dankbar anzuerkennen und erleichtert späteren Forschern die Literaturbenutzung. Wohin soll es aber führen, wenn dieses Prinzip auf grössere, allgemeine Werke, auf Lehrbücher ausgedehnt wird? — Zunächst möchte ich zu bedenken geben, dass es in absehbarer Zeit materiell unmöglich sein dürfte, dem Prinzip der bibliographischen Vollständigkeit treu zu bleiben. Immer mehr schwillt die literarische Produktion unseres Spezialfaches an, in den 10 Jahren von 1884—94 betrug die Anzahl der Arbeiten, über welche im Internat. Centralblatt für Laryngologie usw. berichtet wurde, über 17 000; gegenwärtig beläuft sich die Durchschnittsproduktion jedes Jahres auf etwa 2000; nehmen

wir die Anzahl der laryngo-rhinologischen Publikationen von 1860 bis 1884 — gering gerechnet — auf 7000 an, so wird ein Lehrbuch, das im Jahre 1904 nach bibliographischer Vollständigkeit strebt, **44 000** Referenzen zu bringen haben!! — — Wo soll, um den allermateriellsten Punkt vorweg zu nehmen, der Raum für diese herkommen? Schon jetzt dringen, gegenüber der unverhältnismässig zunehmenden Zahl und der daraus resultierenden Konkurrenz der Lehrbücher unseres Faches die Verleger allerorten auf möglichste Kürze, obwohl es doch von Jahr zu Jahr mehr Stoff zu bewältigen gilt; selbst in den grössten Sammelwerken wird — und die Notwendigkeit liegt so klar auf der Hand, dass man darüber nicht klagen kann — den einzelnen Mitarbeitern ein verhältnismässig sehr beschränkter Raum für die ihnen anvertraute Aufgabe zugewiesen: wird dieser noch weiter durch die gleichzeitig gewünschte, „möglichst vollständige" Bibliographie verringert, so dürfte es schliesslich dahin kommen, dass die eigene Arbeit mehr oder weniger zum Anhängsel des Literaturverzeichnisses herabsinkt! —

Aber ganz abgesehen von diesem materiellen Grunde: ist es denn wirklich wünschenswert, dass jede, einmal veröffentlichte Arbeit durch ewige Weitererwähnung in diesen Literaturverzeichnissen eine Art von Unsterblichkeit erhalten soll? — — Ein offenes Wort ist hier am Platze. Ich verkenne gewiss nicht, dass unser ganzes Wissen im Gebiete unserer Spezialität, ebenso wie alles menschliche Wissen und Können in anderen Gebieten auf Einzelleistungen aufgebaut ist, und fern sei es von mir, solche geringschätzig zu betrachten. Ich hege ebenso grossen Respekt für den gemeinen Soldaten, der in seiner engbegrenzten Sphäre, als für den Feldherrn, der auf grossem Gebiete seine Schuldigkeit voll und ganz tut! — Aber der erstere muss sich an dem Bewusstsein treu erfüllter Pflicht genug sein lassen und nur der Name des letzteren kommt auf die Nachwelt! — Das sollte für unsere Wissenschaft meines Erachtens ebenso gelten wie für die Geschichte! Aus der Beschreibung von Dutzenden, meinetwegen von Hunderten einzelner Fälle baut sich das Gesamtbild einer Affektion auf, und insofern ist jeder einzelne Fall in den Anfangsstadien unseres Wissens über jede Frage von unzweifelhaftem Werte; hat er aber einmal zur Gewinnung dieses Gesamtbildes beigetragen, so hat er seine Schuldigkeit getan und braucht — ausser wenn seine Besonderheiten es wünschenswert machen sollten, ihn in dauerndem Andenken zu erhalten — ebenso wenig in den Registern der Wissenschaft weiter fortgeführt zu werden, wie der Name jedes braven Kriegers, der für sein Vaterland kämpfend gefallen ist, in den Annalen der Weltgeschichte fortlebt. Und wenn das schon für den ernsten und verdienstvollen Soldaten gilt, was soll ich erst von den „Schlachtenbummlern" sagen, welche bei uns durch die „fremdem Zwang, nicht eigenem Trieb gehorchenden" Doctordissertationen, durch jene zahllosen Arbeiten repräsentiert werden, welche nur dem an sich ja ganz legitimen Wunsch, sich bekannt zu machen, aber nicht im mindesten inner-

licher Notwendigkeit ihren Ursprung verdanken, welche unser Wissen über die in ihnen behandelten Fragen nicht um eines Haares Breite vermehren? — Ist es, so frage ich wiederum, wirklich wünschenswert, solchen Veröffentlichungen, die tatsächlich doch nur einen lähmenden Ballast unserer Literatur bilden, zu einer Art von Unsterblichkeit zu verhelfen? — Mir scheint, diese Frage verdient die ernsteste Erwägung jedes Autors auf unserem Gebiete. — —

Weiter habe ich oben gesagt, dass die ganze Sitte nur einer Mode, nicht aber einem Bedürfnisse entspräche. Das dürfte wohl kaum ernstlich bestritten werden können. Wenn es in unserer Spezialliteratur an Sammelwerken fehlte, so könnte man für die modernen Monsterliteraturverzeichnisse allenfalls geltend machen, dass sie dem in einer kleinen Stadt, fern von wissenschaftlichen Bibliotheken lebenden Leser es ermöglichten, auf die Originalarbeiten zurückzugehen. Aber diesem Bedürfnisse ist heutzutage so reichlich durch den Index medicus, die Jahresberichte der verschiedenen Nationen, die Centralblätter, die Literaturberichte und die bibliographischen Verzeichnisse der einzelnen Spezialzeitschriften abgeholfen, die einem solchen Leser jedenfalls weit zugänglicher sein dürften, als die Originalarbeiten selbst, dass auch diese Entschuldigung nicht stichhaltig ist, und dass in Wirklichkeit die Mode eine völlig überflüssige Konkurrenz mit diesen Sammelwerken vorstellt, die ihr übrigens ausserdem zum grösseren Teile ihrer Existenz zu verhelfen pflegen.

Endlich habe ich behauptet, dass die ganze Sitte auf einer Verkennung der wahren Aufgabe eines Lehrbuchs beruhe. Diese Behauptung schliesst sich unmittelbar an den eben besprochenen Punkt an. Es scheint mir, dass die Autoren von Lehrbüchern und ähnlichen Publikationen, die ihren Ehrgeiz in der Vollständigkeit ihrer Bibliographieen suchen, verkennen, dass sie nicht die Referenten eines Sammelwerks, sondern selbstständig schaffende Arbeiter auf unserem Felde sind! — Der Referent eines Sammelwerks soll meines Erachtens Alles berichten, um es dem Verfasser einer Arbeit, eines Lehrbuchs zu ermöglichen, von allem auf dem einschlägigen Felde Geleisteten Kenntnis zu nehmen; für den Verfasser eines Lehrbuchs aber ist eine solche Kenntnisnahme nur die Vorstufe zu seiner eigenen höheren Aufgabe: die Spreu von dem Weizen zu sondern, und nur solchen Leistungen die Ehre eines besonderen Zitates angedeihen zu lassen, die durch ihren inneren Wert, durch ihre historische Bedeutung, durch die Neuheit der in ihnen behandelten Fragen, die Seltenheit der in ihnen geschilderten Fälle etc. etc. ein Fortleben wirklich verdienen! — Sicherlich ist diese verantwortliche Aufgabe ein höheres, erstrebenswerteres Ziel für den Verfasser eines Lehrbuchs, als die urteilslose Erwähnung aller einschlägigen Arbeiten; sicherlich würde es, wenn eine solche sachliche Kritik Allgemeingepflogenheit würde, ein Ansporn für jeden Autor werden, sich einen Platz in der Ehrenreihe der Schriftsteller unseres Faches zu

verdienen; sicherlich wird es dem überbürdeten Studierenden, den Angehörigen anderer Fächer lieber sein, auf einige wenige, wirklich lesenswerte Originalarbeiten verwiesen zu werden, als selbst aus der „vollständigen“ Bibliographie eine Auswahl treffen zu müssen; sicherlich liegt eine solche Entwicklung ebenso im Interesse unseres Faches, wie sie durch Erfahrungen auf allen anderen Gebieten vorgezeichnet und schliesslich unausweichlich gemacht ist! —

Ich kann daher nur wiederholen: je eher wir auf die neue Methode verzichten, je früher wir zu der altbewährten Sitte: in Lehrbüchern nur wichtige Arbeiten mit Angabe der Seitenzahl unter dem Texte in Form von Anmerkungen zu zitieren — zurückkehren, um so besser für alle Teile!

Vor einigen Jahren fand ich in Schopenhauer's „Parerga und Paralipomena“ (Dritte Auflage, 1874, Bd. I, p. 144) eine meines Erachtens so zutreffende Definition dessen, was Prioritätsrecht konstituiert, dass ich die Stelle hier zum allgemeinen Nutz und Frommen wiederholen will. Ist doch unsere Spezialität sozusagen inmitten eines Prioritätsstreits geboren worden, haben doch Prioritätsstreitigkeiten, die nicht immer geschlichtet worden sind, in ihrer Entwicklung eine nicht unerhebliche Rolle gespielt. — Was Schopenhauer über seine eigene Philosophie und die Anfechtungen sagt, die die Originalität seines Gedankenganges erfahren hat, passt ohne die geringste Veränderung auf die meisten Prioritätsstreitigkeiten in der medizinischen Wissenschaft.

„Kaum hatten meine Schriften“, heisst es an der angezogenen Stelle, „auch nur die Aufmerksamkeit Einzelner erregt, so liess sich schon, hinsichtlich meines Grundgedankens, die Prioritätsklage vernehmen, und wurde angeführt, dass Schelling einmal gesagt hätte, „Wollen ist Urseyn“ und was man sonst in der Art irgend aufzubringen vermochte. — . . . . . Im Allgemeinen aber ist über diesen Punkt zu sagen, dass von jeder grossen Wahrheit sich, ehe sie gefunden worden, ein Vorgefühl kundgibt, eine Ahndung, ein undeutliches Bild, wie im Nebel, und ein vergebliches Haschen, sie zu ergreifen, weil eben die Fortschritte der Zeit sie vorbereitet haben. Demgemäss präludieren dann vereinzelte Aussprüche. Allein nur wer eine Wahrheit aus ihren Gründen erkannt und in ihren Folgen durchdacht, ihren ganzen Inhalt entwickelt, den Umfang ihres Bereiches übersehen und sie sonach, mit vollem Bewusstsein ihres Wertes und ihrer Wichtigkeit, deutlich und zusammenhängend dargelegt hat, der ist ihr Urheber. Dass sie hingegen, in alter oder neuer Zeit, irgend einmal mit halbem Bewusstsein und fast wie ein Reden im Schlaf, ausgesprochen worden und demnach sich daselbst finden lässt, wenn man hinterher danach sucht, bedeutet, wenn sie auch totidem verbis besteht, nicht viel mehr, als wäre es totidem literis; gleichwie der Finder einer Sache nur Der ist, welcher sie, ihren Wert erkennend, aufhob und bewahrte; nicht aber Der, welcher sie zufällig einmal in die Hand nahm und wieder fallen

liess; oder, wie Kolumbus der Entdecker Amerikas ist, nicht aber der erste Schiffbrüchige, den die Wellen einmal dort abwarfen."

Das sind fürwahr goldene Worte, zumal die von mir durch gesperrten Druck hervorgehobene, ebenso präzise wie umfassende Definition.

„Schlagt ihn tot, den Hund; 's ist ein Rezensent."
(Goethe).

Das ist das Gefühl, mit dem einige Autoren anscheinend jeden Kritiker betrachten, der sich ein nicht in allen Punkten zustimmendes, wenn auch noch so massvoll ausgedrücktes Urteil über eine ihrer Publikationen oder selbst nur über die eine oder andere der in ihnen ausgesprochenen Ansichten erlaubt hat. Und es ist ein psychologisches Paradoxon, dass diese erzürnten Schriftsteller nicht selten dieselben Leute sind, die den Anschauungen Anderer gegenüber die grösste Unduldsamkeit an den Tag legen und derselben in einer Form Ausdruck verleihen, welche die Opposition geradezu herausfordert! Wenn es dann aus dem Walde herausschallt, wie sie hineingerufen haben, so sind sie höchlichst entrüstet, betrachten sich als die ungerecht Angegriffenen und suchen durch verdoppelte Heftigkeit des Tones zu ersetzen, was ihnen gewöhnlich an Gewicht guter Gründe abgeht! — — Es gibt sonderbare Schwärmer. — —

Nicht ganz so schlimm, aber doch recht lästig sind jene kleinen Egoisten, denen kein Referent — ich spreche im Gegensatz zu: Rezensent — es recht machen kann. Immer finden sie, dass der ihrer Meinung nach wesentlichste Punkt ihrer Veröffentlichung nicht genügend hervorgehoben oder ganz übersehen worden ist, dass ihre Ansicht über dieses oder jenes Detail nicht ganz richtig wiedergegeben worden ist, dass diese Sünden offenbar auf persönliche Motive des Referenten zurückzuführen sind. Und das Merkwürdigste dabei ist, dass dieses Unglück immer wieder dieselben Autoren betrifft, selbst wenn die Referenten wechseln. —

Es ist nicht nur der Arzt, der Rechtsgelehrte und der Prediger, welcher eigentümliche Einblicke in den Gedankengang seiner Mitmenschen zu gewinnen Gelegenheit hat. Der Redakteur weiss auch ein Stücklein davon zu erzählen. —

Es bestehen nunmehr in fast allen Kulturländern spezielle laryngo-rhinologische Gesellschaften. Ich bin mir noch immer nicht ganz klar darüber, ob ihre Vorzüge oder ihre Nachteile überwiegen. Dass sie Vorzüge besitzen, und zwar bedeutende, ist unbestreitbar: die Hebung des esprit de corps, die persönliche Annäherung zwischen den Angehörigen des Faches, der direkte Meinungsaustausch, die Verwertung zahlreicher interessanter Fälle, die sonst vielleicht der Wissenschaft verloren gehen würden, die Gelegenheit, in schwierigen oder zweifelhaften Fällen diagnostischen und therapeutischen Rat seitens einer grösseren Anzahl erfahrener Spezialkollegen einzuziehen — alles das sind grosse Vorteile.

Aber ihnen steht bedenklich gegenüber die Gefahr der Isolierung unserer Spezialität! — Immer klingen mir Virchow's warnende Worte in den Ohren: „dass keine Spezialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesamtkörper der Wissenschaft, dass keine Spezialität wirksam und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Spezialitäten, wenn sie alle sich gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nötig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach Innen — und ich kann auch wohl sagen — nach Aussen beruht."

Ist die Warnung eine überflüssige gewesen? Nach meinen persönlichen Erfahrungen gewiss nicht! Das schwerste Bedenken, das ich selbst stets gegen die Existenz laryngologischer Spezialgesellschaften gehegt habe, hat sich in London in eklatantester Weise bestätigt: seit der Gründung unserer, ich darf wohl sagen, in höchster Blüte stehenden laryngologischen Gesellschaft ist die Zahl der in den allgemeinen medizinischen Gesellschaften gehaltenen Vorträge von laryngo-rhinologischem Interesse auf ein Minimum herabgesunken! — Das ist die Kehrseite der Medaille, und sie ist ernst genug, denn sie bedeutet jene Isolierung, vor der Virchow gewarnt hat; sie führt fast mit Notwendigkeit zu einer Abnahme des kaum gewonnenen Interesses der allgemeinen Aerzte für die Bestrebungen unserer Spezialität. — Ich kann mir kein Urteil darüber erlauben, ob in anderen Ländern die Verhältnisse ähnlich liegen. Jedenfalls, meine ich, sollte die Frage nicht aus den Augen verloren werden.

Gegenüber den im letzten Abschnitt ausgesprochenen Befürchtungen zähle ich zu den erfreulichsten Erscheinungen auf unserem Gebiete in neuerer Zeit den Eifer und den Erfolg, mit welchem besonders jüngere Fachgenossen Bestrebungen auf verwandten Gebieten den Zwecken unserer Spezialität dienstbar machen. Die mikroskopische und vergleichende Anatomie, die experimentelle Physiologie, die Bakteriologie, die praktische Verwertung der Röntgenstrahlen — sie alle werden von Laryngologen mit Lust und Liebe kultiviert, und die schon erzielten schönen Resultate kommen nicht nur unserer Spezialität wissenschaftlich und praktisch zu Gute, sondern lassen die Mitglieder des ganzen ärztlichen Standes mit steigender Achtung auf unsere Bestrebungen blicken. — Immer weiter aber muss unser Wahlspruch sein „Toujours en vedette". — Die Vorgänge bei den Vorbereitungen für den nächsten internationalen medizinischen Kongress, die Kämpfe, die wir bei fast jedem dieser Kongresse um unsere Selbstständigkeit haben bestehen müssen, zeigen beredt genug, wie wenig gesichert unsere Stellung noch immer ist; sie haben aber auch gelehrt, was wir vermögen, wenn wir nach aussen hin geschlossen auftreten! Wohl gibt es bei uns tiefgehende, innere Differenzen, die gegenwärtig zu begleichen kaum in unserer Macht steht und deren schliessliche Versöhnung nur von der allmächtigen Zeit

erhofft werden darf. Erinnern wir uns aber, welch' schöne Früchte wissenschaftlich und nach aussen hin die zu gemeinsamem Werke zusammengefassten Kräfte der Laryngologie bereits gezeitigt haben — ich darf wohl hier an die Sammelforschung des internationalen Centralblatts für Laryngologie, an den Erfolg der Sammlungen für das Wilhelm Meyer-Denkmal erinnern, — so werden solche Ergebnisse hoffentlich für jeden Angehörigen unserer Spezialität ein Ansporn zur Teilnahme an ihrem öffentlichen Leben, für uns alle eine Mahnung sein, nach besten Kräften dahin zu streben, dass jeder neue Anlass uns wiederum bereit finden möge, zusammen zu stehen für die Interessen der Wissenschaft, der wir alle unser Leben gewidmet haben! —

---

d) Allerlei Nachdenkliches*).

Man kann nicht vorsichtig genug in der Wahl seiner Publikationsstelle sein, zumal wenn es sich um wichtigere Arbeiten handelt. Veröffentlichungen in kleineren oder provinziellen Journalen, in Gelegenheitsschriften, in den Verhandlungen lokaler Gesellschaften sind stets den Gefahren ausgesetzt, dass sie entweder unbekannt bleiben, resp. übersehen werden, oder dass es späteren Interessenten äusserst schwierig, wenn nicht unmöglich ist, sich Einsicht in die Originale zu verschaffen. Viele Prioritätsstreitigkeiten würden vermieden werden, wenn diese Wahrheit mehr beherzigt würde.

Referierende Journale sind dazu da, dem lesenden Publikum Kenntnis von der Existenz der Arbeiten anderer zu geben, und deren hauptsächlichen Inhalt kurz zu skizzieren, nicht aber, die Kenntnis der Originale überflüssig zu machen.

Schiller's Wort: „Die Nachwelt flicht dem Mimen keine Kränze," gilt auch für die Verfasser von laryngologischen Lehrbüchern. So ausgezeichnet letztere auch sein, so viele Auflagen sie erlebt haben mögen, so fallen sie in unglaublich kurzer Zeit der Vergessenheit anheim, wenn inzwischen ein neueres gutes Lehrbuch erschienen, und der Autor des älteren verhindert ist, eine weitere Ausgabe seines Werkes zu veranstalten. Wie selten sieht man heutzutage Zitate von Schech oder Gottstein, — von Türck, v. Ziemssen, Mackenzie, v. Schroetter etc. ganz zu schweigen? — Und doch waren alle die genannten ihrerzeit massgebende Autoritäten, und ihre Werke sind auch heutzutage zum grossen Teile nichts weniger als veraltet! — Sic transit gloria mundi.

Durchsucht man die Verhandlungen laryngologischer, otologischer und laryngolo-otologischer Gesellschaften behufs Prüfung der Frage nach den gegenseitigen Beziehungen der Krankheiten des Kehlkopfs und des

---

*) Bisher unveröffentlicht.

Ohres, so ist nichts auffallender als die Tatsache, dass während Fälle von Zusammenhang von Kehlkopfleiden mit Erkrankungen anderer Organe (Brustleiden, Gehirnerkrankungen, Nasen- und Rachenaffektionen, Hautkrankheiten, allgemeinen Infektionen, etc. etc.) in Hülle und Fülle gezeigt werden, nichts seltener zur Demonstration kommt, als ein Zusammenhang zwischen Ohren- und Kehlkopfaffektionen. — Aehnlich ist die grosse Mehrzahl aller in otologischen Gesellschaften vorgeführten Nasenleiden rein rhinologischer Natur und ohne jeden Einfluss auf den Zustand der Ohren in dem betreffenden Falle.

Und doch gehören die beiden Spezialitäten nach der Meinung der Unitarier so notwendigerweise zu einander, dass sie auch wissenschaftlich mit einander verschmolzen werden müssen! — Das begreife ein anderer. —

Das beliebte: „De mortuis nil nisi bene" hat mich stets ebensowenig angesprochen, wie seine Antithesis: „Den Lebenden ziemt Schonung, den Toten Aufrichtigkeit." Die Befolgung beider Grundsätze verhilft einfach der Lüge zum Siege. Ich kann es ebensowenig verstehen, warum man nicht, wenn ein Lebender etwas Schlechtes begeht, seine Handlungsweise beim rechten Namen nennen soll, als ich es einzusehen vermag, warum die blosse Tatsache, dass die Welt von einem schlechten Menschen durch den Tod befreit worden ist, dies den Biographen veranlassen soll, nur seiner wenigen guten Eigenschaften zu gedenken. — Letzteres kommt einfach auf eine Fälschung der Weltgeschichte hinaus! — Als welch' vortreffliche Herrscher wären Nero, Tiberius und Caligula auf die Nachwelt gekommen, wenn die Geschichtsschreiber ihrer Zeit nur die wenigen rühmenswerten Züge hervorgehoben hätten, die jeder von ihnen zweifelsohne besass, und über ihre dominierenden Laster mit Stillschweigen hinweggegangen wären? —

Die Pflicht eines jeden, der über einen anderen, sei er lebend oder tot, ein Urteil abzugeben hat, scheint mir, leidenschaftslos das Für und Wider abzuwägen, nach bestem Wissen und Können die Bilanz zu ziehen, und weder das Gute zu verschweigen, noch das Schlechte zu unterdrücken.

Je früher man in der ärztlichen Praxis lernt, dass man es beim besten Willen nicht allen recht machen kann, und dass in schwierigen Fragen der letzte und höchste Richter das eigene Gewissen ist, um so besser für die Seelenruhe des Arztes.

Das beste Selbstkriterium einer Arbeit ist meiner Erfahrung nach, dass man während ihrer Niederschrift überzeugt sein muss, dass sie das Beste sei, was man je geleistet habe; dass die Feder kaum mit den sich drängenden Gedanken Schritt halten kann; dass man nach ihrer Vollendung mit tiefer Entmutigung bemerkt, dass sie das Gewollte nicht so wiedergibt wie es einem vorschwebte, ohne dass man doch sähe, wo man die bessernde Hand ansetzen kann; und dass, wenn man sie Monate

oder Jahre später von neuem durchblättert, man findet, dass sie schliesslich doch nicht so schlecht sei, als man unmittelbar nach ihrer Beendigung dachte.

Die Literatur unseres Faches liefert einige sehr belehrende Beispiele dafür, wie kurzsichtig bisweilen das zunächst gefällte Urteil der Welt über Recht und Unrecht ist, und wie ungebührlich die Entscheidung über die Sache durch Ausstellungen an der Form beeinflusst wird. Die Welt nimmt ein offenbares Unrecht oft genug schweigend hin; hat dann jemand den Mut, offen aufzutreten, und die Handlungsweise des Uebeltäters beim rechten Namen zu nennen, so richtet sich ihr Unwille nicht selten zunächst nicht gegen denjenigen, der das Unrecht begangen hat, sondern gegen den Ankläger, weil derselbe kein Blatt vor den Mund genommen hat, und erst später tritt ein Umschwung der öffentlichen Meinung ein. Sonderbar, aber wahr. —

Als nach dem Tode des Kaisers Friedrich III. die Anklageschrift der deutschen Aerzte gegen Sir Morell Mackenzie erschien, fand sie zunächst nichts weniger als günstige Aufnahme und wurde im Gegenteil vielfach dazu benutzt, denselben mit einer Märtyrerglorie zu umkleiden. Erst als er unklug genug gewesen war, die gegen ihn erhobenen Anklagen direkt durch seine Antwort „Friedrich der Edle“ zu bekräftigen, gingen den Leuten die Augen auf, und nunmehr ward die Verurteilung eine so allgemeine, als die Verteidigung eine leidenschaftliche gewesen war.

Ein Autor hatte die klaren Angaben zweier Fachgenossen direkt gefälscht, um die Entstellung für seine Zwecke zu benutzen. Als einer der Geschädigten gegen dieses unqualifizierbare Vorgehen vor dem Forum der ärztlichen Gesellschaft, in deren Verhandlungen seine betreffende Arbeit veröffentlicht worden war, und welcher er sowohl wie der Schuldige angehörten, protestierte, entzog ihm der Präsident das Wort, weil die Sitzungen der Gesellschaft wissenschaftlichen und nicht ethischen Fragen gewidmet seien, und der Vorstand der Gesellschaft, dem nunmehr die Angelegenheit unterbreitet wurde, enthielt sich aus Opportunitätsgründen jeglichen Urteils. Erst ein Jahr später, als sich die beiden Geschädigten gezwungen sahen, ihren Protest in mehreren der geachtetsten medizinischen Zeitungen zu erneuern, lautete das einstimmige Urteil der Redaktionen derselben dahin, dass die Handlungsweise des Fälschers eine unverantwortliche gewesen sei.

Ein Referent hatte einen Autor direkt getadelt, weil derselbe in einer kontroversiellen Arbeit einen Angriff auf seine persönliche Ehre gesehen und den Angreifer demgemäss gebührend abgefertigt hatte. Als letzterer antwortete, sah sich der Referent gezwungen einzugestehen, dass die Antwort derart sei, dass sie die Anschauung des Angegriffenen „nachträglich rechtfertige“. — Heisst das nicht mit anderen Worten, dass der Angegriffene schon in der ersten Arbeit das richtig erkannt hatte,

was dem Referenten erst später klar wurde, und ist es nicht hart, dafür getadelt zu werden, was schliesslich als berechtigt anerkannt wird? —

Ich plaidiere gewiss nicht für leidenschaftliche Form wissenschaftlicher Kontroversen. Meiner Ansicht nach sollten solche in möglichst kühler, leidenschaftsloser, unpersönlicher Form vor sich gehen, und die Erfahrung zeigt, dass eine solche Form in der grossen Mehrzahl aller wissenschaftlichen Streitigkeiten durchaus möglich ist. Wenn man aber bewusster Schlechtigkeit begegnet, so charakterisiere man dieselbe furchtlos als solche, und tröste sich, wenn dieses Vorgehen einem schiefen Urteil begegnet, mit dem Bewusstsein, dass das erste Urteil nicht immer das bleibende ist. Diejenigen aber, die in solchen Fragen ein öffentliches Urteil abzugeben haben, und die sich durch die scharfe Form der Verteidigung in ihrer Beurteilung der Rechtsfrage beeinflussen lassen, sollten stets der Stimme in der Gallerie gedenken, die als Berryer im französischen Senat für Abschaffung der Todesstrafe plaidierte, und durch seine begeisterte Schilderung von der Heiligkeit des menschlichen Lebens seine Zuhörer fast überzeugt hatte, ausrief: „Que messieurs les assassins commencent!“ —

Von den beiden hier neben einander abgebildeten Statuetten dürfte die zur linken Hand vielen Lesern bekannt sein. Sie stellt den jetzt im Museum zu Neapel befindlichen, im Hause des „tragischen Poeten“ in Pompeji gefundenen eine Schale tragenden Silenus dar. Der putzige und trutzige kleine Kerl hält die schwere Schale in der hoch erhobenen linken Hand, die aus dieser Stellung sich ergebende Körperhaltung ist im höchsten Grade originell und charakteristisch, und eine in meinem Besitze befindliche Kopie erfreut mich jedesmal, wenn ich auf sie blicke.

Nun stelle man sich meine Ueberraschung vor, als ich im letzten Jahre (1910) bei einem Besuche des Museums von Nara in Japan eine Holzstatuette entdeckte, die — sozusagen — eine japanische Ausgabe meines kleinen Lieblings darstellt. Freilich hat sie sich bei diesem Prozesse stark verändert. Aus dem griechischen Halbgott ist ein japanischer gehörnter Dämon geworden, mit einem dritten Cyclopenauge mitten in der Stirn; die Schale hat sich in eine Laterne verwandelt; sie wird nicht in der senkrecht erhobenen Hand, sondern mit gebeugtem Ellenbogen getragen, und dem entsprechend ist die ganze Körperhaltung in ihren Details modifiziert. Aber der Grundgedanke und die Charakteristik beider Figuren ist so offenbar die gleiche, dass die ungemeine Aehnlichkeit dem Beschauer auf den ersten Blick auffällt.

Was ist nun hier vorgegangen? —

Pompeji wurde im Jahre 79 a.D. verschüttet; die ersten Ausgrabungen wurden im Jahre 1748 gemacht. Trotz aller Bemühungen habe ich nicht genau ermitteln können, wann der kleine Silen gefunden worden ist. Ebensowenig habe ich ausfindig machen können, ob eine Replica der Statuette schon vor den pompejanischen Ausgrabungen bekannt war,

doch sagen mir alle Archäologen und Künstler, die ich deswegen befragt habe, dass ihres Wissens dies nicht der Fall gewesen sei.

Nun kommen wir zu der japanischen Statuette. Dieselbe ist, wie mir Professor Grosse von der deutschen Botschaft in Tokio freundlichst mitteilte, das Werk eines Enkels des berühmtesten japanischen Bildhauers, Unkei, und datiert aus dem 13. oder 14. Jahrhundert.

Wie ist nun diese wunderbare Aehnlichkeit zwischen den beiden Statuetten zu erklären? —

Sollen wir annehmen, dass eine Kenntnis von dem inzwischen seit Jahrhunderten begrabenen pompejanischen Kunstwerk durch Indien und China nach Japan durchgesickert, oder dass gar eine Replica desselben nach Japan verschlagen worden ist und dass der japanische Künstler





die Grundidee zu seinem eigenen Werke aus der griechischen Quelle geschöpft hat? — Ganz undenkbar wäre das nicht, denn in einzelnen japanischen Sculpturen lassen sich die Spuren griechischen Einflusses unverkennbar entdecken. So steht im Garten des Kanaya Hotels in Nikko eine alte Statue, deren Gewandung in ihrem Faltenwurfe mit Bestimmtheit auf eine griechische Beeinflussung hindeutet. Aber es ist doch im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass ein in Europa bis zu seiner Wiederentdeckung vollständig unbekannt gebliebenes Original zur Kenntnis der Japaner gekommen ist, und mindestens 400 Jahre nach seiner eigenen Entstehung einen japanischen Künstler zu einer solchen Variante veranlasst hat! —

Oder ist die Aehnlichkeit so zu erklären, dass der griechische wie der japanische Bildhauer je einen kleinen stämmigen Mann beobachteten, der eine verhältnismässig schwere Last auf dem mehr oder minder erhobenen linken Arm balanzierte, und dass die hieraus sich ergebende charakteristische Körperhaltung — die ein aufmerksamer Beobachter auch heute noch oft genug bei Kellnern sehen kann, die eine grosse Anzahl von Tellern auf einem Präsentierbrett durch ein Gewühl zu tragen haben — ihr Künstlerauge reizte, und sie veranlasste, das Gesehene, jeder nach Art seiner nationalen Empfindung und Ausbildung, in künstlerischer Weise zu idealisieren? — Mir erscheint dies als das bei weitem wahrscheinlichere.

Jedenfalls möchte ich die Erwägung dieses interessanten Problems denjenigen Fachgenossen empfehlen, die es für ganz undenkbar halten, dass ein und derselbe Gedanke unabhängig in zwei verschiedenen Gehirnen auftauchen kann.

In dieselbe Kategorie gehört die Frage, ob die Figur des „getreuen Eckarts" der deutschen Sage eine bewusste Nachbildung der Homerischen Kassandra darstellt, oder unabhängig von derselben entstanden ist, weil die Volksseele die Schaffung einer solchen Gestalt erforderte? — Dass der Grundgedanke beider: die tragisch-rührende Figur des treuen Warners, dessen Warnungen ungehört verhallen, genau dieselbe ist, braucht nicht auseinandergesetzt zu werden.

Vor 15 Jahren erörterte ich*) die Frage, ob die Vorzüge oder die Nachteile der laryngo-rhinologischen Spezialgesellschaften einander überwögen, und erklärte, dass ich noch immer nicht über diese Frage ins Klare gekommen sei.

Würde mir dieselbe heute (1911) auf's neue vorgelegt werden, so würde ich sagen: Die Spezialgesellschaften haben ihre Existenz durch tüchtige Arbeit und durch Hebung des esprit de corps durchaus gerechtfertigt, und werden dies auch ferner tun, so lange der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit der Laryngologen nicht zu ausschliesslich in sie, in Spezialkongresse, und in Spezialjournale verlegt wird! —

Aber die Erfahrung der letzten Jahre — besonders in Deutschland — hat nur zu überzeugend gezeigt, wie berechtigt Virchow's und meine immer wiederholten Warnungen vor einer übergrossen Ablösung von dem Gesamtkörper der Wissenschaft gewesen sind.

„Leider werden die Fortschritte auf unserem Gebiet nur von den eigentlichen Fachleuten genauer verfolgt. Schon die Vertreter der Nachbarspezialitäten besitzen keine Zeit mehr, unsere Literatur genauer zu beachten, von den Vertretern der Hauptfächer gar nicht zu reden, denen die Literatur ihrer eigenen Gebiete schon lange fast unübersehbar geworden ist. Man kann ohne Uebertreibung sagen, dass heutzutage

*) Vgl. diesen Band S. 597.

die verschiedenen medizinischen Wissenschaften vielfach aneinander vorbeileben, so dass die eine nicht mehr genügend weiss, was in der anderen vorgeht. Wir dürfen uns daher nicht wundern, wenn wir häufig die Erfahrung machen, dass die Vertreter derjenigen Haupt- und Spezialfächer, welche in den medizinischen Fakultäten deutscher Hochschulen sitzen, über die Vorgänge in anderen medizinischen Spezialwissenschaften nicht hinreichend unterrichtet sind. So unterliegt es auch keinem Zweifel, dass ihnen die ausserordentlichen Vorgänge, durch welche sich die kleine alte Rhino-Laryngologie in die grosse moderne umgewandelt hat, nicht hinreichend zur Kenntnis gelangt sind."

So hiess es in einer unlängst dem Kgl. Preussischen Ministerium für Kultus und Unterricht unterbreiteten Denkschrift des Vereins Deutscher Laryngologen, und es kann ebensowenig einem Zweifel unterliegen, dass diese Ausführungen vollständig der Wahrheit entsprechen, wie dass sie die vollkommenste Bestätigung alles dessen bilden, was ich über diesen Punkt viele Jahre hindurch immer und immer wieder vorzuführen bemüht gewesen bin.

Wenn wir uns aber — mit besonderer Bezugnahme auf die Rhino-Laryngologie — die Frage vorlegen: „Wie ist es zu diesem Stande der Dinge gekommen?" — so zögere ich keinen Augenblick, meine bestimmte Ansicht dahin auszusprechen, dass ein Hauptgrund, wenn auch nicht der ausschliessliche, für die Unkenntnis der modernen Fortschritte auf unserem Gebiete, darin zu suchen ist, dass seit vielen Jahren die Spezialisten ihren Schwerpunkt viel zu ausschliesslich in Spezialgesellschaften, Spezialkongresse und Spezialjournale verlegt haben. Das führt, wie ich schon vor 15 Jahren sagte, mit Notwendigkeit zu einer weiteren Abnahme des ohnehin nicht übergrossen Interesses der allgemeinen Aerzte an den Bestrebungen unseres Faches. Möchten doch die Spezialkollegen meinen ihnen hiermit noch einmal dringend gegebenen Rat beherzigen, und das Interesse des ganzen Standes an unseren Fortschritten dadurch wach halten, dass sie Gegenstände von allgemeiner Wichtigkeit häufiger als dies im Laufe der letzten 20 Jahre geschehen ist, allgemeinen medizinischen Gesellschaften vorführen, und Arbeiten von allgemein wissenschaftlicher und praktischer Bedeutung mehr als dies seit längerer Zeit üblich gewesen ist, in allgemeinen medizinischen Journalen veröffentlichen! — Nach allen Richtungen würde durch die Befolgung dieses Rates den wahren Interessen der Wissenschaft, des Publikums und der Spezialität selbst mehr gedient werden, als durch die neuerliche Isolierung der letzteren! —

Noch eine andere Gefahr als die der Isolierung droht der Rhino-Laryngologie: es ist die hyperchirurgische Richtung unserer Tage! — Ohne Zweifel bedeutet in den meisten Fällen die Ersetzung der allgemeinen durch die lokale Behandlung einen therapeutischen Fortschritt*), aber

*) Vgl. diesen Band S. 456.

wie so viele andere Fortschritte ist auch dieser Uebertreibungen ausgesetzt. — Es scheint im Schicksalsbuche verordnet zu sein, dass sich auf unserem Gebiete neuerlich kaum ein Fortschritt vollziehen kann, ohne von solchen Uebertreibungen gefolgt zu werden. In der glänzenden Parodie Dr. Alfred Peyser's, „Salome", die vor dem ganz kürzlich stattgehabten Berliner Internationalen Laryngo-Rhinologenkongresse aufgeführt wurde, und die „eine ungemein drastische und höchst gelungene Verspottung der Operationswut der Rhinologen und speziell des mit der Septumresektion getriebenen Missbrauches darstellte" (ich zitiere den Leitartikel des Internationalen Centralblattes vom Oktober 1911), heisst es: „'s gibt ja jetzt noch kaum einen im Land mit unverstümmelten Atmungsorganen." Das Stück „entfesselte wahre Lachstürme und brachte dem Verfasser reichen wohlverdienten Beifall ein." (Ich zitiere wieder den Leitartikel.)

Würde dieser Erfolg ein so grosser gewesen sein, wenn nicht die Zuhörenden, die das denkbar kompetenteste Publikum für eine solche Satire bildeten, ihre innere Berechtigung herausgefühlt hätten? —

Arme Laryngologie! Kaum dass man einem Missbrauch den Kopf abschlägt, so wachsen, hydraartig, neue nach! — Als ich vor elf Jahren die damals wuchernden operativen Uebertreibungen blossstellte*), bestand die Septumresektion in ihrer heutigen Form noch gar nicht: heute kann schon der mit ihr getriebene Missbrauch zum Text einer grösseren Parodie genommen werden! —

Und jetzt wieder die exzessive Tonsillectomie! —

Ist es nicht Zeit, dass die Lehrer der Laryngo-Rhinologie ihren Schülern Besonnenheit und Masshalten empfehlen, dass neu auftauchende Missbräuche öffentlich und allgemein von den Spezialisten selbst gemissbilligt werden? — Die Laryngo-Rhinologie kann durch grössere Selbstkritik an allgemeiner Achtung nur gewinnen! —

---

e) Ein Besuch in einer japanischen Laryngologenversammlung**).

Der Zufall wollte es, dass meine Gattin und ich bei einer Reise um die Welt in Japan wenige Tage vor dem Zusammentreten des dritten Japanischen Medizinischen Kongresses eintrafen.

Als unser Dampfer in den Hafen von Nagasaki einlief, kam der liebenswürdige japanische Mitarbeiter des Centralblattes, Prof. Ino Kubo (Fukuoka), mit seiner charmanten Gattin an Bord, begrüsste uns im Namen der japanischen Aerzte und überreichte uns einen Brief des Präsidenten des Kongresses, Prof. Oayama, in welchem derselbe uns einlud, die Gäste des Kongresses während seiner Zusammenkunft zu

---

*) Vgl. Die Arbeit: „Einige Gedanken über die Prinzipien der Lokalbehandlung etc." in diesem Bande S. 453.

**) Veröffentlicht im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Jahrg. XXVI. No. 6.

sein, und mich ersuchte, in der ersten allgemeinen Sitzung des Kongresses einen Vortrag zu halten. Prof. Kubo sprach gleichzeitig den Wunsch aus, dass ich auch in einer Sitzung der oto-laryngologischen Sektion des Kongresses einen Vortrag halten möge.

Obwohl „procul negotiis", konnte ich mich, angesichts der überaus gütigen Gesinnung, welche mir die japanischen Kollegen bei Gelegenheit meines Rücktritts im vorigen Jahre erwiesen hatten, diesen Wünschen nicht verschliessen und sagte zu.

Ueber meinen Vortrag in der allgemeinen Sitzung will ich nur erwähnen, dass ich zu seinem Gegenstande die Diagnose und Operation des Kehlkopfkrebses wählte, weil ich von Prof. Kubo und anderen japanischen Spezialkollegen hörte, dass auch hier wie anderswo die Leidenden unglücklicherweise den Laryngologen gewöhnlich erst zu einer Zeit zugeführt werden, wo ihnen die Wohltat weniger eingreifender Operationen nicht mehr zu Teil werden kann, und weil ich hoffte, durch Darstellung der einschlägigen Verhältnisse die praktischen Aerzte Japans dazu anzuregen, den Frühsymptomen des Larynxcarcinoms mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als dies anscheinend bisher geschehen ist.

Dagegen dürfte es die Leser dieses Blattes interessieren zu hören, wie es in der Sitzung einer japanischen laryngologischen Sektion hergeht.

Um gleich das einzige, nach europäischen Begriffen Fremdartige vorwegzunehmen, will ich erwähnen, dass die Kongressteilnehmer beim Betreten des grossen Krankenhauses zu Osaka, in welchem die Sektionssitzungen abgehalten wurden, ihre Stiefel auszuziehen und entweder in Strümpfen oder mit reinen weichen Morgenschuhen bekleidet, das Sektionslokal aufzusuchen hatten.

Diese Sitte wird ohne weiteres verständlich, wenn man erwägt, dass die Japaner in ihren Häusern keine Stühle und Sophas benützen, dass die schön geflochtenen Strohmatten, mit denen die Zimmerböden belegt sind, gleichzeitig zum Sitzen dienen, und dass es daher ebenso unpassend wäre, diese Matten mit schmutzigen Stiefeln zu betreten, wie in Europa, mit solchen auf Stühle oder Sophas zu steigen! —

Im Sitzungszimmer gab es freilich Stühle und Tische nach europäischer Art, die Beibehaltung der japanischen Sitte aber bewahrte das Krankenhaus vor Verunreinigung durch 3—4000 Paare schmutziger Stiefel, — ich sage „schmutziger" Stiefel, da es am Tage meines Besuches heftig regnete und die Strassen in nichts weniger als idealem Zustande waren. —

Abgesehen aber von der Fussbekleidung und dem Umstande, dass von den 70—80 Besuchern der Sitzung (im Ganzen gibt es in Japan etwa 400 Oto-Laryngologen) noch etwa der zehnte Teil die altjapanische Nationalkleidung, den Kimono, trug, war nichts in der Erscheinung der Teilnehmenden, in der Einrichtung des Sitzungszimmers, im Ganzen der Verhandlungen zu bemerken, das den Besucher etwa stetig daran er-

innert hätte, dass er sich im fernen Ostasien befand. Alles war nach europäischem Muster zugeschnitten.

Der Präsident (Prof. Okada, Tokyo) sass zur Seite der Rednertribüne an einem eigenen Präsidententische, ihm nahe zwei Sekretäre, deren einem das Amt zufiel, den Vortragenden nach etwa 8 Minuten durch ein Glockenzeichen daran zu erinnern, dass ihm nach den Satzungen nur noch 2 Minuten zur Verfügung ständen, und ihm durch ein weiteres Glockenzeichen bei Ablauf der 10 Minuten das Signal zum Abschlusse seines Vortrages zu geben, während den Rednern in der Diskussion nach den ihnen statutengemäss zustehenden 5 Minuten durch ein einmaliges Glockenzeichen einfach das Wort abgeschnitten wurde.

Diese drakonische Strenge, welcher sich die japanischen Kollegen mit musterhafter Disziplin und ohne die in europäischen Versammlungen so häufige Bitte um Verlängerung ihrer Zeit, resp. die bei uns durchaus nicht unerhörte einfache Vernachlässigung des Signals fügten, war durch die Ueberfülle der angemeldeten Vorträge durchaus geboten. Bei nur zweitägiger Dauer der Sektionssitzungen standen in unserer Sektion am ersten Tage 41 otologische, am zweiten Tage 42 rhino-laryngologische Vorträge zur Verhandlung, abgesehen von der Eröffnungsrede und dem Schlusswort des Präsidenten, und obgleich die Versammlung an beiden Tagen mit nur kurzer Mittagsunterbrechung von 9 Uhr morgens bis 6 resp. 7 Uhr abends tagte (!), so war es doch nicht möglich, wie ich später erfuhr, das gesamte Material zu erledigen. —

Die Verhandlungen vollzogen sich in würdigster parlamentarischer Form. Ich habe nie so andauernd gespannte Aufmerksamkeit, solche Stille bei ähnlichen europäischen Veranlassungen gesehen, wie hier in Japan. Von dem ewigen Hinein- und Hinauslaufen, von den zahlreichen mehr oder minder laut geführten Privatunterhaltungen, die bei uns so oft störend wirken, war hier nicht die Rede.

Der Vortragende wurde aufgerufen, betrat die Rednertribüne, hielt — meistenteils frei — seinen Vortrag, der in vielen Fällen durch Präparate, schematische grosse Zeichnungen, die hinter der Rednertribüne an einer schwarzen Tafel aufgehängt wurden, und — soweit ich sah — vorzügliche mikroskopische Schnitte unter einer grossen Reihe von ausgezeichneten Mikroskopen erläutert wurde, und verliess beim zweiten Glockenzeichen die Tribüne.

Die Diskussion wurde, soweit ich entnehmen konnte, in durchaus urbaner und sachlicher Weise geführt, ermangelte aber offenbar, wie aus der Heiterkeit der Versammlung hervorging, durchaus nicht gelegentlicher humoristischer Spitzen.

Ich selbst wurde von Prof. Okada in einer äusserst freundlichen deutschen Rede der Versammlung vorgestellt, die sich zum Schlusse zum Zeichen der Ehrung von ihren Sitzen erhob, und sprach (auf Wunsch) über die Pneumokokkeninvasion des Halses. Nach Schluss meines Vortrages erfolgte eine Diskussion, teilweise in deutscher Sprache, an der

sich der Präsident (Prof. Okada), Prof. Watsuji (Kyoto) und Prof. Ino Kubo beteiligten und von mehreren, anscheinend tatsächlich hierher gehörigen Fällen dieser noch so unbekannten Affektion berichteten.

Wie reich das wissenschaftliche Leben unserer japanischen Spezialkollegen ist, dafür kann ich kein besseres Zeugnis ablegen, als durch das Zitat nur einiger Titel der bei dieser Gelegenheit gehaltenen laryngologischen Vorträge, — die, beiläufig, sehr praktisch nach ihrer sachlichen Zusammengehörigkeit gruppenweise abgehalten wurden:

„Ueber die Saugtherapie bei Nasenkrankheiten."

„Ueber Kopf- und Gesichtsausschläge bei Nasenkrankheiten."

„Beziehungen zwischen Mittelohrentzündung und Kieferhöhleneiterung."

„Ueber Operationsmethoden des Empyems der Highmorshöhle." (Eine ganze Reihe von Vorträgen.)

„Ueber Entstehung der Choanalpolypen in der Highmorshöhle."

„Degenerationsvorgänge des Waldeyer'schen Ringes."

„Ueber Halsbefunde bei japanischen Sängern."

„Ueber Leukämie des Kehlkopfes."

„Pathologische Veränderungen der Kehlkopfmuskeln bei Vaguslähmung durch Schilddrüsentumor."

„Formzustand der Glottis bei Durchschneidung des Vagus und der Kehlkopfnerven."

„Ueber die Kehlkopftonsille."

„Experimentelle Pathologie des Heilprozesses der Trachealwunden."

„Fremdkörper im Bronchus und experimentelle Pathologie der akuten Lungenschrumpfung hierbei."

„Tracheoskopische und ösophagoskopische Erfahrungen."

„Pathologie der Elephantiasis der äusseren Nase und des Rhinophyms."

Das sind, fürwahr, Fragen, welche zeigen, wie sehr unsere japanischen Spezialkollegen die moderne Laryngologie beherrschen.

Mit der Sektion war eine Spezialausstellung oto-rhino-laryngologischer Instrumente, Apparate, pharmazeutischer Produkte, literarischer Erzeugnisse etc. verbunden, ganz der Art, wie sie bei europäischen Kongressen üblich ist. Ich sah nichts besonders Neues, auch zeichneten sich die Instrumente, welche ich genauer inspizierte, nicht durch hervorragende Feinheit aus, dagegen waren sie viel billiger als die gleichen europäischen. So kostete ein Mackenzie'sches Tonsillotom, für welches man in London, wenn ich nicht irre, 18 shillings (= 18 Mark) zu bezahlen hat, hier nur 8 shillings.

Ich verliess die Versammlung mit dem Gefühl ehrlicher Bewunderung für dieses Volk, welches sich nicht nur in militärischer und administrativer, sondern auch in wissenschaftlicher Beziehung innerhalb von kurzen 50 Jahren so vollständig zur Höhe europäischer Kultur aufgeschwungen hat, und unter dem tiefen Eindruck, dass unsere Spezialität weit mehr

mit den Leistungen unserer japanischen Kollegen zu rechnen haben wird, als dies bisher der Fall gewesen ist.

Freilich werden auch die letzteren sich mehr als bisher bemühen müssen, ihre Leistungen den Laryngologen Europas und Amerikas bekannt zu machen! — Ich habe mein Möglichstes getan, dies den japanischen Kollegen auseinanderzusetzen! —

Am Abend unseres Besuchstages gaben die Laryngologen Osakas meiner Frau und mir ein Fest nach japanischer Sitte in einem Teehaus. Hier stiessen nun alte und neue Kultur in hochinteressanter Weise aufeinander! — Es war eine für den Europäer neue Erfahrung, eine Anzahl europäisch gekleideter, teilweise bebrillter Herren in Strümpfen, nach japanischer Sitte knieend, Nationalgerichte mit „chopsticks“ — in deren Benutzung ich mich versuchte — zu sich nehmen zu sehen, während charmante Geishas Musik machten und tanzten! Aber das Gefühl der wissenschaftlichen und auch der menschlichen Zusammengehörigkeit war doch in freundlichster Weise vorhanden. Wir hielten die allerschönsten japanischen und deutschen Reden, tranken auf unser gegenseitiges Wohl in „Sakke“, einem japanischen Nationalgetränk, das, wie ich leider berichten muss, 15 pCt. Alkohol enthält, und in Champagner, und wurden schliesslich von der ganzen Gesellschaft — Laryngologen und Geishas — bis an die Türe des Teehauses begleitet und mit einem brausenden „Banzai!“ entlassen. —

---

f) Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie*).

Ein Gedenkblatt zum 25jährigen Bestehen des Internationalen Centralblatts für Laryngologie und ein Abschiedswort des bisherigen Herausgebers.

Mit der gegenwärtigen Nummer beschliesst das „Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften“ das erste Vierteljahrhundert seiner Existenz. Seine erste Nummer erschien am 1. Juli 1884, und obwohl am Ende des elften Jahrgangs der Beginn des zwölften Bandes aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Anfang des Kalenderjahres 1896 verschoben wurde, so dass der Jubiläumsband des Blattes erst mit der Dezembernummer dieses Jahres endigt, so ändert das nichts an der Tatsache, dass am 30. dieses Monats das Centralblatt 25 Jahre lang bestanden haben wird.

Fünfundzwanzig Jahre sind eine lange Zeit im Leben eines Blattes und von erheblicher Bedeutung für die Entwickelung einer jungen Wissenschaft. So scheint es denn am heutigen Tage gerechtfertigt, einen Rückblick auf die wissenschaftliche und sozialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909 zu werfen, die

*) Veröffentlicht im Internationalen Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Jahrg. XXV. No. 6.

Bestrebungen des Centralblatts während dieser Zeit Revue passieren zu lassen, und die Fragen, die gegenwärtig im Vordergrunde unseres Interesses stehen, kurz zu erörtern. Diesem Zwecke, sowie einem Abschiedsworte des bisherigen Herausgebers sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

I. Die wissenschaftliche Entwicklung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 seine Tätigkeit begann, hatte unsere Spezialität die Kinderschuhe ausgetreten. Die anfängliche Sturm- und Drangperiode, während deren — sehr natürlicherweise — diagnostische und therapeutische Bestrebungen ein ganz vorwiegend lokalistisches Gepräge getragen hatten, war überwunden, allerdings nicht ohne in der Meinung des ärztlichen Publikums vielfach Geringschätzung unserer Tätigkeit hinterlassen zu haben. Die Spezialisten selbst hatten begonnen einzusehen, dass, wenn sie auf bessere Würdigung Anspruch erheben wollten, fast ausschliessliche klinische Arbeit und Lokaltherapie nicht ausreichten. So vertieften sie sich in anatomische, physiologische, bakteriologische Fragen, die unser Spezialgebiet betreffen, erweiterten ihre chirurgische Tätigkeit und begannen besonders die sogenannten „Grenzgebiete" zu kultivieren, in denen sich die Laryngorhinologie mit anderen Zweigen der Medizin begegnet.

Diese wissenschaftliche Vertiefung, die durch die Einführung zahlreicher wichtiger Untersuchungs- und Operationsmethoden wesentlich gefördert wurde, kam naturgemäss nicht allen Kapiteln unseres Gebietes gleichmässig zu gute. Es ist im Gegenteil merkwürdig und belehrend, bei der Vergleichung eines vor 25 Jahren geschriebenen mit einem heutigen Lehrbuch zu sehen, wie einzelne Abschnitte unseres Wissens und Könnens sich von Grund aus verändert haben, während andere mehr oder minder stationär geblieben sind. — Wenn wir z. B. die Kapitel über die akuten und chronischen Katarrhe des Rachens und Kehlkopfs, über die Affektionen der Tonsillen, über die Rachen- und Kehlkopfsyphilis, die Fremdkörper im Rachen und Kehlkopf, die gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Perichondritis des Kehlkopfs u. a. m. überblicken, so werden wir allerdings finden, dass in einzelnen Punkten Bereicherungen unseres Wissens eingetreten sind. So hat die Therapie der Fremdkörper und der gutartigen Neubildungen im Kehlkopf den grössten Nutzen von der Einführung der direkten Untersuchungs- und Operationsmethoden gezogen, so scheint die Serodiagnose und die Entdeckung der Spirochaeta pallida Bedeutendes für die Differentialdiagnose der Syphilis in zweifelhaften Fällen zu versprechen, so haben wir manches über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforten für Infektionen verschiedener Art kennen gelernt — im Ganzen aber weicht doch die Schilderung der betreffenden Krankheitsbilder in einem Lehrbuch neuesten Datums verhältnismässig wenig von der eines vor 25 Jahren erschienenen ab.

Andererseits haben sich manche Kapitel fast bis zur Unkenntlichkeit verändert. Man braucht nur an die Entwicklung unseres Wissens bezüglich der Tuberkulose, der Diphtherie, der akuten septischen Entzündungen der oberen Luftwege, der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven, der Therapie der bösartigen Kehlkopfneubildungen, die noch 1879 für ein Noli me tangere galten und deren Behandlung heute zu unseren stolzesten Errungenschaften zählt, zu erinnern, um erkennen zu lassen, welche Fortschritte hier in den letzten 25 Jahren gemacht worden sind. —

Von keinem Kapitel unseres Faches gilt dies in höherem Grade als von der gesamten modernen Rhinologie. Man vergleiche nur das gerade vor 25 Jahren erschienene Mackenzie'sche Lehrbuch der Nasenkrankheiten mit irgend einem heutzutage veröffentlichten. So unglaublich dies in den Augen jüngerer Spezialisten erscheinen mag, findet sich in ersterem nicht allein kein den Krankheiten der Nebenhöhlen gewidmeter besonderer Abschnitt, sondern dieselben werden überhaupt nur ganz gelegentlich und im Vorübergehen bei Besprechung anderer Krankheiten erwähnt. Von dem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit ist nicht die Rede. Die Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand wird auf einer Seite abgetan, während den „Nasenpolypen" 27 Seiten gewidmet sind. Die nasalen Reflexneurosen kommen nur ganz beiläufig im Abschnitt über die Polypen der Nase zur Erwähnung. — Und doch durfte Ernst Burow in seiner im ersten Bande dieses Centralblatts erschienenen Besprechung dieses Werkes sein Urteil mit Recht dahin zusammenfassen (Bd. I. S. 228), dass dasselbe „das beste bis jetzt erschienene Handbuch über diesen Gegenstand bildet, unser Wissen hierüber bis zum gegenwärtigen Moment vollständig repräsentiert, und dass kein Arzt, der sich für das in Rede stehende Gebiet interessiert, dasselbe wird entbehren können".

Das war im Jahre 1884. — Und heute? — Mit mitleidigem Lächeln muss der Student, der in einem sechswöchentlichen Kursus der Rhinolaryngologie seinen Lehrer submuköse Resektionen und Paraffinprothesen vornehmen gesehen hat; der sich zur Diagnose der verschiedenen Nebenhöhlenaffektionen nicht nur der direkten Untersuchung und der Durchleuchtung, sondern auch der Probepunktion und der Skiagraphie bedient; der ohne Zagen ausgedehnte Radikaloperationen bei einer Pansinusitis empfehlen würde, auf den vollständig veralteten und überlebten Standpunkt des vor einem Vierteljahrhundert noch „repräsentativen" Lehrbuchs herabblicken. — Es darf in der Tat ohne Uebertreibung gesagt werden, dass sich hier im Laufe der letzten 25 Jahre eine ganz neue Wissenschaft entwickelt hat, auf deren Errungenschaften unsere Spezialität mit Recht stolz sein darf.

Freilich hat sich diese Entwicklung nicht in ruhiger organischer Weise vollzogen. Die Geschichte der modernen Rhinologie gleicht vielmehr derjenigen einer neu entstandenen vulkanischen Insel. Unerwartet erheben sich in ihr mit starken Erschütterungen und vielem Getöse grössere

und kleinere Krater, die eine Zeit lang Feuer und Dampf ausspeien und allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Dann aber stürzen dieselben ebenso plötzlich in sich ein, als sie entstanden waren, und erst nachdem dieses Schauspiel sich mehrere Male wiederholt hat und endlich Ruhe eingetreten ist, wagen sich bedächtige Ansiedler auf das gefährliche Gebiet und bebauen erfolgreich die reiche vulkanische Erde. Ist es nicht so mit der Entwicklung der modernen Rhinologie gegangen? — Man denke nur an die masslose Nasenbrennerei, an die unglaublichen Uebertreibungen der Lehre von den nasalen Reflexneurosen, und die ebenso unverständigen Uebertreibungen der Adenoidoperationen, an die maschinenmässigen Entfernungen der unteren Muscheln, wie sie eine Zeit lang in einzelnen Ländern Mode waren, an die zahllosen Operationen zur Entfernung von Hervorragungen und Verbiegungen der Nasenscheidewand, die — bisweilen unter den sonderbarsten Indikationsstellungen — Jahre hindurch vielfach als höchstes Ziel rhinologischen Strebens galten. — Was ist aus allen diesen Dingen geworden? — Die gegenwärtige Generation gedenkt ihrer als Jugendsünden, deren man sich nicht gerade gern erinnert; die Geschichte der Medizin wird sie als ebenso seltsame und kaum verständliche Verirrungen verzeichnen, wie etwa den periodischen Aderlass oder das monatliche Purgieren, oder das Massencurettement des Cervix uteri, oder — um bei unserer eigenen Spezialität zu bleiben — die sinnlose Amputation des Zäpfchens, wie sie vor 40 Jahren für alle möglichen Halskrankheiten geübt wurde. Möge die Erinnerung an diese Uebertreibungen dazu beitragen, unsere Spezialität vor ähnlichen Ausschreitungen für die Zukunft zu bewahren! —

Sehr bedeutsam ist unsere Kenntnis von der Funktion und von den chirurgischer Behandlung zugänglichen Erkrankungen der Schilddrüse im Laufe der letzten 25 Jahre bereichert worden. An die aus dem laryngologischen Lager hervorgegangene Erkenntnis, dass der sporadische und endemische Kretinismus, das Myxödem und die Cachexia strumipriva nur verschiedene Phasen eines und desselben Zustandes seien, der auf den Verlust der Funktion der Schilddrüse zurückgeführt werden müsse, hat sich die Entwickelung der modernen Organotherapie angeschlossen. — Die vor 25 Jahren noch als sehr gefährlich betrachteten Kropfoperationen haben in Folge der Fortschritte der Technik das meiste von ihren Schrecknissen verloren, und die Basedow'sche Krankheit hat sich neuerdings als dankbares Objekt für chirurgisches Eingreifen erwiesen, während die früher allgemein angewandte Injektion von Jodtinktur in parenchymatöse und von reizenden Eisenlösungen in cystische Kröpfe fast ganz verlassen ist.

Die Lehre von den Krankheiten der Speiseröhre ist durch die Ermöglichung direkter Besichtigung des Rohres in seiner ganzen Länge ungemein gefördert worden. — Einen wichtigen Fortschritt stellt auch die Radikaloperation mancher Formen von Oesophagusdivertikeln dar.

Fügen wir endlich noch hinzu, dass im Laufe der letzten 25 Jahre durch die Einführung der lokalen Anaesthetica, wie des Cocains, Eucains,

Alypins etc., und durch die auf unserem Gebiete ganz besonders wertvolle Verwendung des Adrenalins zur Ausführung fast blutloser Operationen, durch die Verwertung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der verschiedensten Erkrankungen des Kopfes, Halses und der Brust, durch die therapeutische Anwendung derselben Strahlen, des Finsen- und des Sonnenlichtes bei lupösen und ähnlichen Leiden, und — vor allem — durch die geniale Erfindung der direkten Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Luftröhre, die Bronchien und die Speiseröhre uns Erleichterungen von unschätzbarem Werte für die Diagnose und Behandlung der in unser Gebiet einschlagenden Leiden bescheert worden sind, so dürfen wir mit Recht sagen, dass das seit der Gründung des internationalen Centralblatts verflossene Vierteljahrhundert eine Periode stetigen und erfreulichsten Fortschritts im Wissen und Können der Rhinolaryngologie darstellt.

II. Die sozialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Wenn in dieser Welt Alles nach Recht und Gebühr zuginge, so müsste die sozialpolitische Entwickelung unserer Spezialität mit ihrer wissenschaftlichen gleichen Schritt gehalten haben. Nicht nur die im Obigen in gedrängter Kürze aufgezählten Fortschritte, sondern auch die ernste wissenschaftliche Natur ihres Strebens, ihre erfolgreichen Bemühungen, sich der allgemeinen Medizin nützlich zu erweisen und die Sonderart ihrer Technik berechtigen sie durchaus zu dem Anspruch auf Anerkennung als eine selbstständige, anderen anerkannten Spezialitäten völlig gleichberechtigte Sonderabteilung der medizinischen Wissenschaft.

So wenig aber haben sich leider Theorie und Praxis in dieser Frage gedeckt, dass die sozialpolitische Geschichte der Rhinolaryngologie im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts statt des eigentlich selbstverständlichen bedeutenden ruhigen Fortschrittes, den man hätte erwarten dürfen, vielmehr eine sonderbar bewegte Odyssee darstellt, die freilich erhebende und sogar glorreiche Augenblicke enthält, wie die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, die Feier zum hundertjährigen Geburtstag Manuel Garcia's, die Türck-Czermakfeier in Verbindung mit dem Wiener internationalen Laryngologenkongress, in der aber doch die trübseligen Abenteuer überwiegen, und deren Ende im gegenwärtigen Augenblick noch nicht abzusehen ist.

Das erste öffentliche Auftreten der Laryngologie im Rahmen eines allgemeinen internationalen medizinischen Kongresses — London 1881 — war ein so vielversprechendes gewesen, dass es derzeit nicht zu sanguin erschien, sich den besten Hoffnungen hinsichtlich einer Hebung des Ansehens und der Stellung der jungen Spezialität innerhalb der Gesamtmedizin, an den Universitäten, den Hospitälern, im Unterricht und in den Prüfungen hinzugeben. Diese Hoffnungen sind jedoch im Laufe der

letzten 25 Jahre nur sehr teilweise und mehr auf Grund lokaler und persönlicher Verhältnisse, als auf der Basis einer gerechten allgemeinen Würdigung der Leistungen unseres Faches in Erfüllung gegangen.

Schon der nächste internationale Kongress — der mit der Gründung des Centralblatts fast zusammenfallende Kopenhagener im Jahre 1884 — brachte einen ganz unerwarteten Kampf um die Selbstständigkeit der Laryngologie. Sie ging zwar siegreich aus demselben hervor; das verhinderte aber nicht, dass seitdem mit nur zwei Ausnahmen — Berlin 1890 und Budapest 1909 — sich bei jedem dieser internationalen Kongresse die Versuche erneuert haben, unsere Spezialität entweder, gegen den Willen der Betroffenen, mit der Otologie zu einer Sektion zu verschmelzen, oder sie — sei es allein, sei es mit der Otologie vereint — in die Stellung einer Subsektion hinabzudrücken. Die 25 Bände des Centralblatts bilden einen fortlaufenden Belag für diese traurige Angabe, bei der nur ein Lichtstrahl zu konstatieren ist: das entschlossene Zusammenstehen und Ausharren der Laryngologen selbst gegenüber diesen demütigenden Bestrebungen, eine Haltung, die ihre Wirkung nie verfehlt hat, sei es, dass wir, wie in den weitaus meisten Fällen, schliesslich siegten, sei es, dass wir uns von den Kongressen, die sich unseren gerechten Forderungen eigensinnig widersetzten, gänzlich fernhielten.

Die Gründe der in dieser Haltung der Machthaber dokumentierten Abneigung gegen die Rhino-Laryngologie sind mannigfach und innerlich verschiedene gewesen.

Zunächst ist es wohl die geringe Gunst, die von den offiziellen Vertretern der Gesamtmedizin dem Spezialismus im Allgemeinen entgegengebracht wird, und die ihren Schlachtruf in der Warnung vor der „Zersplitterung der Wissenschaft“ findet, welche diese unfreundliche Haltung veranlasst hat.

Sodann hat der bedauerliche Mangel an Kontinuität, der die internationalen medizinischen Kongresse von ihrer Einführung an bis auf den gegenwärtigen Augenblick charakterisiert hat, und dem hoffentlich endlich in diesem Jahre — wahrlich nicht zu früh — in Budapest der Garaus gemacht werden wird, dazu geführt, dass die derzeitigen kleinen Tyrannen, die die Macht in Händen hatten und durch keine Traditionen oder allgemeinen Grundregeln hinsichtlich der Organisation dieser Kongresse gebunden waren, aus ausschliesslich lokalen oder persönlichen Gründen mit schrankenloser Willkür alte Sektionen abschaffen, neue einführen, volle Sektionen in die Stellung von Subsektionen hinabdrücken, heterogene Spezialitäten in eine und dieselbe Sektion oder Subsektion verschmelzen konnten.

Was aber der Laryngologie in ihrer Stellung zur Gesamtmedizin weit mehr geschadet hat, als die genannten, rein äusserlichen Momente ist ihr ebenso natürliches und notwendiges, wie bis zu einem gewissen Punkte durchaus berechtigtes Bestreben gewesen, den Umfang ihrer Tätigkeit weiter auszudehnen.

Wir kommen hier zu der wichtigsten und kompliziertesten Frage der Entwickelung der Laryngologie auf sozialpolitischem nicht weniger als auf wissenschaftlichem Gebiete und müssen auf dieselben des Näheren eingehen.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 begründet wurde, war die Gesamtzahl der Laryngologen in der ganzen Welt noch eine verhältnismässig so geringe, dass die im Prospekt des Unternehmens ausgedrückten Zweifel an der Lebensfähigkeit eines solchen Blattes (vergl. Bd. I, S. 4) durchaus berechtigt waren. Die therapeutische Tätigkeit der Rhinolaryngologen jener Tage beschränkte sich auf innere Medikation, lokale Applikation (Sprays, Inhalation, Pulvereinblasungen, Pinselungen etc.) und Eingriffe, die fast ausschliesslich dem Gebiete der „kleinen" Chirurgie angehörten. Die Entfernung von vergrösserten Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Amputationen der Uvula, Anwendung des Galvanokauters in Hals und Nase, Entfernung von Nasen- und Kehlkopfpolypen, Dilatation von Kehlkopfstenosen, wenn es hoch kam: eine gelegentliche Tracheotomie — das waren die Dinge, auf welche sich die Operationskunst der Spezialisten vor einem Vierteljahrhundert erstreckte.

Die enge Begrenzung unserer Tätigkeit zog die unverhohlene Geringschätzung seitens der allgemeinen Aerzte nach sich. Nur drei Jahre vor der Gründung des Centralblattes durfte einer der angesehensten Aerzte Englands und späterer Präsident des College of Physicians noch wagen, in einer Ansprache über Spezialismus in der Medizin seinen Studenten öffentlich[1]) zu sagen: „Es gibt noch viele andere Punkte, über die ich gerne zu Ihnen gesprochen hätte, so über die Spezialitäten, welche einen so engen Umfang haben, dass es ganz unmöglich für jemanden ist, der sich auf sie beschränkt, anders ein Einkommen aus ihnen zu erzielen, als dass er seine Patienten überredet, ihm unnötige Visiten zu machen, wie z. B. zum Zweck täglicher Applikationen im Halse . . . . . . Aber was ich gesagt habe, wird hoffentlich genügen, Sie vor diesen Versuchen, diesen groben Missgriffen, die schlimmer sind als Verbrechen, zu bewahren."

Hier sagte jemand öffentlich, was viele, wenn nicht die meisten, damals dachten. Dass diese Stimmung nicht auf ein einzelnes Land beschränkt war, dafür legen die aus berufenen spezialistischen Federn stammenden Schilderungen über die Stellung der Laryngologie in den einzelnen Kulturländern Zeugnis ab, mit denen das Centralblatt seine sozialpolitische Tätigkeit eröffnete. Wie schwer es damals war, für die Laryngologen irgend welche Stellung im Rate der Gesamtmedizin zu erringen, — davon kann sich die jüngere Generation der Spezialisten kaum eine Vorstellung machen! —

Um die Mitte der achtziger Jahre begann unerwarteter Weise ein Umschwung in den Verhältnissen der Laryngologie. Waren es die

---

1) The Lancet, Oktober 15, 1881. S. 655 et seq.

äusseren Erfolge der laryngologischen Abteilungen auf den Londoner und Kopenhagener internationalen Kongressen und die sich an dieselben anschliessende, wenn auch zögernde und stückweise öffentliche Anerkennung der Berechtigung der Spezialität, war es die allgemeine Aufmerksamkeit, welche die Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation, über die nasalen Reflexneurosen, über die Affektionen der Nebenhöhlen der Nase damals zu erregen begannen, war es die immer mehr zunehmende Ueberfüllung des ärztlichen Standes allerorten, war es ein Zusammenwirken aller dieser und möglicher Weise anderer Umstände — genug, es erfolgte plötzlich ein Zudrang zu den Reihen der bis dahin von angehenden Spezialisten ziemlich vernachlässigten Rhinolaryngologie. Nicht nur in den Hauptstädten etablierte sich eine über das Bedürfnis weit hinausgehende Anzahl von Nasen- und Kehlkopfärzten: bald hatten die grösseren Provinzialstädte und selbst kleinere Mittelstädte eine grössere oder geringere Zahl von Spezialisten in unserem Fache aufzuweisen. In erstaunlich kurzer Zeit war fast überall Ueberfüllung vorhanden, ein Verhältnis, das noch gegenwärtig allerorts zunimmt.

Das Ergebnis der aus dieser Ueberfüllung erwachsenden Konkurrenz mochte für das Publikum in gewissem Sinne erspriesslich sein, für die Spezialisten selbst war es jedenfalls wirtschaftlich unerfreulich. Wie bei jeder Konkurrenz drückten auch hier die neuen Ankömmlinge die Preise herunter. Früher gut bezahlte Operationen wurden für viel geringere Honorare übernommen; Berufungen in die Provinz, die vordem zu den grossen Einnahmen der hauptstädtischen Spezialisten gehört hatten, wurden in dem Masse seltener, als sich in den Mittelstädten tüchtige Hals- und Nasenärzte niederliessen; selbst die Konsultationshonorare der jüngeren Spezialisten wurden leider nur zu häufig durch die Konkurrenznot auf ein dem speziellen Wissen nicht entsprechendes Mass hinabgedrückt.

Hierzu kam ein weiterer, für die wirtschaftliche Lage der Laryngologen äusserst wesentlicher Umstand. Die Spezialisten selbst haben stets auf eine bessere Ausbildung der praktischen Aerzte im Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten gedrungen. Das war gewiss nur recht. Aber wir selbst haben teuer für die Verfechtung unserer wissenschaftlichen Ueberzeugung zu bezahlen gehabt: in dem Masse, in dem sich das Wissen und Können der praktischen Aerzte auf unserem Gebiete verbessert hat, ist eine Anzahl derjenigen kleineren Operationen, die früher sozusagen das tägliche Brot des Laryngologen ausmachten, in den Besitz des Hausarztes übergegangen! — Der ältere Spezialist, der heute seine Journale aus dem Anfang der achtziger Jahre durchblättert, wird einen erstaunlichen Unterschied, in der ganzen Natur seiner damaligen und seiner gegenwärtigen Praxis finden, ein Unterschied, der ebenso den in vielen Beziehungen revolutionären Fortschritt unseres Wissens, wie die wirtschaftliche Revolution illustriert, die sich auf unserem Gebiete im Laufe der letzten 25 Jahre vollzogen hat.

Die unausbleibliche Folge von alledem war, dass sich die jüngeren Spezialisten nach einer Erweiterung ihres Wirkungskreises umsehen mussten. Beschränkten sie sich auf Hals- und Nasenleiden, so konnten sie weder von den Erträgnissen ihrer Praxis leben, noch fanden sie, bei der immer mehr anschwellenden Zahl privater Polikliniken, Material für wissenschaftliche Tätigkeit. Mit bitterer Satire hiess es in dem zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft herausgegebenen Scherzblatt, dass „für die 200. Poliklinik ein Patient gesucht wird."

Man musste offenbar das Arbeitsfeld zu vergrössern versuchen. Das Nächstliegende waren die Ohrenkrankheiten. Im Anfang der achtziger Jahre standen beide Spezialitäten, wie hier nachdrücklich hervorgehoben werden muss, durchaus unter dem Zeichen der adenoiden Vegetationen. Die Methode der Untersuchung, die Diagnose und die Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes, so ziemlich des einzigen natürlichen wissenschaftlichen Bindegliedes zwischen Laryngologie und Otologie, waren beiden Spezialitäten gemeinsam, ausserdem begann gerade damals die hyperrhinologische Richtung, derzufolge beinahe alle Krankheiten sowohl des Ohres wie der tieferen Luftwege von Stenose der Nase selbst abhängen sollten, mit lautem Lärm ihr Haupt zu erheben. Was war natürlicher, als dass die jungen Mitglieder beider Spezialitäten — denn die wirtschaftlichen Verhältnisse der Otologie lagen anscheinend ähnlich wie die der Laryngologie — die Betreibung derselben zu verschmelzen begannen, dass allmählich mehr und mehr Zeitschriften entstanden, die beiden Spezialwissenschaften gewidmet waren, dass neue Spezialgesellschaften, die seit 1885 in immer grösserer Anzahl gegründet wurden, sich der Pflege der Rhino-Laryngologie gemeinsam mit derjenigen der Otologie befleissigten? — So bahnte sich, auf der Grundlage vorwiegend wirtschaftlicher, nicht zwingender wissenschaftlicher Notwendigkeit mit bemerkenswerter Schnelligkeit die Verschmelzung der Rhinolaryngologie mit der Otologie in der Praxis der Mehrzahl der Spezialisten beider Fächer an, welche für die sozialpolitische Entwicklung unserer Spezialität während des letzten Vierteljahrhunderts charakteristisch und bedeutsam gewesen ist, und welche in neuester Zeit die Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Spezialwissenschaft bedroht.

Dass die vorstehende Schilderung allseitig als richtig, resp. vollständig anerkannt werden wird, ist nicht zu erwarten. Eine Anzahl der Anhänger der Verschmelzung beider Spezialitäten ist nicht zufrieden mit der Erklärung, dass der Ursprung der Bewegung ganz vorwiegend wirtschaftlicher Natur gewesen sei, und behauptet, dass die Fusion auch wissenschaftlich geboten sei. Ein Beweis für diese Behauptung ist aber niemals erbracht worden und kann auch naturgemäss nicht erbracht werden, da die Erfahrung von vollen fünfzig Jahren über allen Zweifel

hinaus gezeigt hat, dass ein so zwingender innerer Zusammenhang zwischen den beiden Spezialitäten nicht besteht, dass die eine derselben ohne gleichzeitige Betreibung der anderen nicht ausgeübt werden kann.

Dass Berührungspunkte zwischen den beiden Spezialitäten existieren, kann von keinem vernünftigen Menschen bestritten werden, und ist natürlich auch nie bestritten worden. So ist die Methode der Untersuchung von Ohr und Hals in vielen Beziehungen ähnlich und deckt sich bei den Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums; so kontrolliert das Ohr die Stimmbildung; so sind die adenoiden Vegetationen und einige andere Krankheiten des Nasenrachenraums ebenso wichtig für den Otologen wie für den Laryngologen. Damit hört aber die Wechselbeziehung auf, und wenn die Existenz solcher vereinzelter Berührungspunkte zum Ausgangspunkt der Forderung gemacht wird, dass auf Grund derselben die beiden Spezialitäten zusammengehörten und völlig mit einander verschmolzen werden müssten, so gelangt man, wie im Weiteren gezeigt werden wird, zu den abenteuerlichsten und ungeheuerlichsten Konsequenzen, die in ihrer schliesslichen Verfolgung dem Spezialismus in der Medizin überhaupt ein Ende machen würden!

Solange sich die Bewegung indessen in den bisher geschilderten Grenzen hielt, war gegen dieselbe natürlich nicht das Geringste einzuwenden. In Fragen so rein wirtschaftlicher Natur wie der vorliegenden muss selbstverständlich dem einzelnen vollständig überlassen bleiben, was er für das Richtige für sich selbst hält. Wenn also ein angehender Spezialist es für zweckmässig findet, in seiner Praxis Hals- und Ohrenkrankheiten zu verbinden; wenn eine Anzahl von Kollegen, die in gleicher Lage sind, sich zur Gründung einer Gesellschaft zusammentut, die der Pflege beider Spezialitäten gewidmet ist; wenn ein Spezialjournal es nützlich findet, den Bedürfnissen beider Spezialitäten zu dienen — so ist das Privatsache der Betreffenden, und es wäre im höchsten Grade unpassend für jemanden, der diese Bewegung für eine unzweckmässige hält, sich in diese Privatangelegenheiten einzumischen.

Weit bedenklicher wurde die Sache aber schon, als Angehörige der neuen Richtung das, was ihnen selbst wünschenswert erschien, auch denen aufzuzwingen versuchten, die mit ihnen nicht einverstanden waren. Nicht zufrieden damit, bei denjenigen allgemeinen Zusammenkünften, bei denen der Laryngologie und der Otologie separate Sektionen eingeräumt werden, die Auswahl zu haben, welchen Diskussionen sie beiwohnen wollen, verlangen sie, dass die beiden Sektionen mit einander verschmolzen werden, denn „wenn ich zu einem Kongresse gehe, will ich alles geniessen, was dort dargeboten wird!" So lautet der Schlachtruf und unverhüllter kann sich der Egoismus wohl kaum geben. — Bisher hat freilich die verständigere Richtung, welche einsieht, dass durch die Erfüllung dieses Verlangens das schon jetzt erfahrungsgemäss stets überfüllte Programm jeder der beiden Sektionen weiterhin auf die

Hälfte beschränkt würde, die Oberhand behalten; wie lange das aber anhalten wird, bleibt abzuwarten.

Eine noch schwerere Gefahr ist der Laryngologie im Laufe der letzten Jahre durch die Forderung erwachsen, sie mit der Otologie als akademisches Lehrfach zu verschmelzen. Diese Forderung wird speziell von otologischer Seite mit grossem Eifer verfochten, und würde, wenn durchgeführt, der Selbstständigkeit der Laryngologie als einer in sich begründeten und existenzberechtigten Spezialität um so wahrscheinlicher ein Ende bereiten, als die praktische Erfahrung des letzten Vierteljahrhunderts uns einmal nach dem andern — worüber in diesem Blatte wiederholt bittere Klage geführt worden ist — den Beweis ad oculos geliefert hat, dass, wenn immer an einer Universität oder ähnlichen Lehranstalt aus lokalen Gründen eine kombinierte Klinik oder Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet worden ist, fast ausnahmslos ein Otologe mit der Leitung des neuen Instituts beauftragt worden und die Laryngologie zu kurz gekommen ist.

Ueberhaupt erinnert diese ganze „Vereinigungs"bewegung an nichts so sehr als an den englischen Kinderstubenreim:

„There was a young lady of Djaigar
Who went for a ride on a tiger,
They returned from the ride,
But the lady inside,
And a smile on the face of the tiger" [1]).

Die Herren Otologen lieben plötzlich die Laryngologie „zum Auffressen", und die Plötzlichkeit dieses heissen Liebeswerbens ist um so auffallender, als die ungestümen Freier volle fünfzig — sage fünfzig! — Jahre Zeit gehabt haben, die Vorzüge der Erkorenen zu studieren, ohne dass es ihnen bis auf die allerletzte Zeit eingefallen wäre, sie begehrenswert zu finden! — Im Gegenteil haben sie der jüngeren Genossin gegenüber mehr als einmal eine unverhüllte Abneigung an den Tag gelegt, und sie nicht selten mit einem ebenso unverständlichen wie bedauerlichen Hochmut behandelt.

Alles dies sind nicht Behauptungen, sondern historisch festgelegte Tatsachen.

Völlig unabhängig von der Otologie ist die Laryngologie entstanden; bei ihrem anfänglichen Ausbau hat nur ein einziger, bekannter Otologe, der bei dieser Diskussion immer wieder genannte Voltolini, nennenswert mitgeholfen; im Uebrigen haben sich diejenigen Männer, welche die moderne Otologie geschaffen haben, v. Troeltsch, Politzer, Gruber, Schwartze, Bezold, Hinton, Toynbee, Wilde usw., von der Laryngologie durchaus ferngehalten. — Innerhalb der 50 Jahre ihres Be-

---

1) Zu deutsch: „Eine junge Dame in Djaigar ritt auf einem Tiger spazieren. Beide kehrten von dem Ritt zurück, aber die Dame im Innern des Tigers, und ein Lächeln auf dem Gesicht desselben."

stehens hat die Laryngologie von otologischer Seite nur eine einzige, wirklich wertvolle Gabe erhalten: dies ist die Entdeckung der adenoiden Vegetationen seitens Wilhelm Meyer's und für diese Gabe haben sich die Laryngologen mindestens ebenso dankbar bewiesen, wie die engeren Berufsgenossen des Entdeckers. — Im Uebrigen hat die Otologie ebensowenig befruchtend auf die Laryngologie eingewirkt, wie letztere auf erstere. Was ganz kürzlich von Paul Heymann gesagt worden ist: dass, wenn man in einem der sowohl den Hals- wie den Ohrenkrankheiten gewidmeten Lehrbücher den dem otologischen Abschnitt gewidmeten Teil von dem laryngologischen mit einem Messer abtrennen würde, der Leser des einen Teils den anderen kaum vermissen würde — ist durchaus wahr! — Als es sich bei Gelegenheit des Londoner internationalen Kongresses darum handelte, der Laryngologie in irgend einer Form zum ersten Male eine Anerkennung zu verschaffen und bei der durch persönliche Verhältnisse geschaffenen Unmöglichkeit, ihr eine separate Sektion zu erringen, von laryngologischer Seite die Konzession gemacht wurde, dass man vorläufig mit einer gemeinsamen oto-laryngologischen Sektion unter dem Präsidium eines Otiaters zufrieden sein wolle, wurde dieser Vorschlag von den Otologen rundweg abgeschlagen, weil sie nichts mit den Laryngologen zu tun haben wollten! — Als bei dem Kopenhagener Kongresse zwei gemeinsame Sitzungen der beiden Sektionen zu Stande gebracht worden waren, um über anscheinend beide interessierende Themata, wie die Tonsillotomie, den chronischen Nasenrachenkatarrh, die nasalen Reflexneurosen, gemeinsam zu diskutieren, nahmen die Ohrenärzte an den Verhandlungen keinen aktiven Teil und zogen sich schliesslich in der Mitte der Diskussion über die nasalen Reflexneurosen zurück, weil sie ein ihnen wichtigeres Thema zu besprechen hatten! — Als die Otologen vor einer noch gar nicht langen Reihe von Jahren ihre periodischen internationalen Kongresse begründeten, fiel es ihnen gar nicht ein, die Laryngologie in ihre Tätigkeit mit einschliessen zu wollen, resp. die Laryngologen zur Teilnahme an diesen Kongressen einzuladen! — Woher denn jetzt die plötzliche Liebe, beziehungsweise die Entdeckung, dass die beiden Spezialitäten eigentlich zusammengehörten?

Es soll bereitwillig zugegeben werden, dass die vorstehenden historischen Reminiszenzen wertlos sein würden, wenn es gelänge nachzuweisen, dass die beiden Spezialitäten, wenn auch zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenen Grundlagen entstanden und anfänglich verschiedenen Zielen nachstrebend, im Laufe ihrer Tätigkeit wissenschaftlich einander immer näher geführt worden wären und schliesslich gefunden hätten, dass sie naturgemäss zusammengehörten. Aber gerade dieser Behauptung muss auf das Entschiedenste widersprochen werden. Weit entfernt, in eine und dieselbe Linie überzugehen, oder auch nur in parallelen Bahnen zu verlaufen, sind im Gegenteil die Bestrebungen beider Spezialitäten in moderner Zeit immer divergenter geworden. Die zeitgenössische Otiatrie vertieft sich

immer mehr in das Gebiet der Hirnchirurgie[1]), die Laryngologie unserer Tage strebt auf der Basis der glänzenden Killian'schen Errungenschaften abwärts, und zieht legitimerweise die Krankheiten der Bronchien und der Speiseröhre in ihr Bereich!

Dieses wissenschaftliche Auseinandergehen ist so augenscheinlich und so unbestreitbar, dass von den Vorkämpfern der Verschmelzung denn auch kaum der Versuch gemacht wird, ihr Projekt auf Grundlage pathologischer Zusammengehörigkeit der beiden in Frage stehenden Gebiete zu befürworten. Gibt doch einer derselben noch ganz kürzlich unumwunden zu, dass „direkte Wechselbeziehungen" zwischen Ohren- und Halskrankheiten — auf die es, wie Paul Heymann sehr richtig sagt, doch hier in erster Linie, vielleicht sogar allein ankommt — „verhältnismässig selten" seien.

Demgemäss treten denn auch unter den Gründen, die für die vorgeschlagene „Vereinigung" geltend gemacht werden, die wirklich wissenschaftlichen ganz in den Hintergrund gegenüber den reinen Opportunitätsargumenten. Letztere sind bereits so eingehend und überzeugend von B. Fränkel, O. Chiari, Paul Heymann, Bloch, Lucae u. A. widerlegt worden, dass wir es uns versagen können, an dieser Stelle noch einmal auf jedes einzelne derselben einzugehen. Nur eines, das unzweifelhaft wichtigste derselben, müssen wir herausgreifen, um an der Hand der Erörterung desselben zu untersuchen, was das Resultat sein würde, wenn die so lebhaft ersehnte Fusion wirklich zu Stande käme. Es wird behauptet, dass sich die angehenden Spezialisten beider Gebiete die erforderlichen Kenntnisse besser auf einer vereinigten Klinik erwerben könnten, und dass der Unterricht der Studenten vereinfacht werden würde. Das sind zwei sehr anfechtbare Behauptungen. Wie Bloch sehr richtig auseinandersetzt, und wie die bisher gewonnene Erfahrung tatsächlich gezeigt hat, wird der Leiter einer kombinierten Anstalt „je nach Talent und Neigung doch immer eines der beiden Fächer bevorzugen", und, wie wir hinzufügen möchten: die Neigung des Leiters wird dem ganzen Institut seinen Stempel aufdrücken! — Hier aber liegt der Schwerpunkt der ganzen Frage! — Unter den vielen tausenden der gegenwärtigen Laryngologen und Otologen gibt es, das dürfen wir kühnlich behaupten, nicht zehn, die einspruchslos von den Angehörigen der beiden Spezialitäten als Meister in beiden Fächern anerkannt, nicht hundert, die von beiden Seiten zu den hervorragenderen Autoritäten in beiden Gebieten gerechnet werden. Ein beträchtlicher Bruchteil der Uebrigbleibenden mag wohl landläufiges Wesen und Können genug in beiden Fächern besitzen, um den Anforderungen des Lehramtes und der Leitung einer kombinierten Klinik leidlich nachkommen zu können

1) Dass in äusserst seltenen Fällen auch Abscesse der Nebenhöhlen der Nase zu Gehirnkomplikationen führen können, wird wohl selbst von Anhängern der Fusion nicht als Beweis für die Zusammengehörigkeit der Otologie und Laryngologie ins Feld geführt werden. Im Uebrigen wird bezüglich der Behandlung solcher Komplikationen auf die folgenden Ausführungen verwiesen!

und keines der beiden Fächer ungebührlich hinter dem anderen zurücktreten zu lassen. Eine sehr bedeutende Fraktion aber, wahrscheinlich die Majorität der gesamten Zahl, betreibt nur eines der beiden Fächer mit wirklicher Vorliebe und fachmännischer Kenntnis, das andere mehr oder minder dilettantenmässig, und nur, weil es die Anforderungen des Berufes mit sich bringen, während wiederum ein beträchtlicher Bruchteil, der die grosse Majorität der wissenschaftlichen Führer auf beiden Gebieten in sich birgt, nur eines der beiden Fächer kultiviert, und ganz und gar nicht beansprucht, in dem anderen als Autorität zu gelten.

Nun können wir uns, wie schon erwähnt, nach den immer wiederholten bitteren Erfahrungen der letzten 25 Jahre keinen Illusionen darüber hingeben, was das Schicksal der Laryngologie wäre, wenn die „Vereinigung“ zur Tatsache würde. — Ein Mal nach dem anderen ist im Verlaufe dieser Jahre, wenn eine neue gemischte Klinik oder Poliklinik gegründet, ein Lehrauftrag für beide Fächer erteilt wurde, die Wahl auf Herren entfallen, die bis dahin, was immer ihre otologische Befähigung sein mochte, laryngologisch völlig oder nahezu unbekannt waren, während die Hülle und Fülle ausgezeichneter Laryngologen, welche die betreffende Stellung vom laryngologischen Standpunkt aus vorzüglich ausgefüllt haben würden, die aber otologisch nicht hervorgetreten waren, leer ausgegangen ist.

Unschwer lässt sich voraussehen, dass, wenn dies so weitergeht, wie bei der gegenwärtigen Strömung nur zu wahrscheinlich ist, der zum Leiter eines gemischten Instituts berufene Otologe, der seine Beförderung seinen otologischen Leistungen verdankt, auch in der neuen Stellung mit Vorliebe sein eigenes Feld kultivieren, und seine laryngologischen Obliegenheiten, wenn auch pflichtgemäss, doch ohne besonderen Enthusiasmus erfüllen wird. Das ist nur menschlich und begreiflich. Der Standpunkt des Leiters aber geht naturgemäss auf das ganze Institut über. Die Otologie wird die Hauptsache, die Laryngologie das Nebenfeld. Der angehende Spezialist merkt schnell genug, dass, wenn er vorwärts kommen will, bei der herrschenden Strömung otologische, nicht laryngologische Leistungen erforderlich sind; derjenige, welcher sich speziell für laryngologische Fragen interessirt, findet nicht die geringste offizielle Ermutigung. So wird allmählich nicht nur die gegenwärtige blühende Entwickelung der Laryngologie gehemmt werden, sondern sie wird zu einem blossen Anhängsel der Otologie herabsinken. Ausnahmen mögen ja vorkommen, im allgemeinen aber wird man die vorstehende Schilderung von der voraussichtlichen Entwickelung der Dinge, wenn die beabsichtigte offizielle Vereinigung zur Wirklichkeit werden sollte, nicht der Uebertreibung zeihen können.

Und aus diesem Grunde werden diejenigen, die der Laryngologie ihre ungestörte Entwickelung zu wahren wünschen, ihr Möglichstes aufbieten, ihr ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Mittel und Wege dazu werden im letzten Teil dieses Aufsatzes besprochen werden. Hier sei

nur noch ausdrücklich hervorgehoben, dass es in der Geschichte der Medizin wohl einzig dasteht, dass eine Spezialität, die unter fortwährenden harten Kämpfen sich ihr Bürgerrecht errungen, die soviel für die Erkenntnis und Behandlung der ihr unterstehenden Leiden geleistet, und die so befruchtend auf die Entwickelung der allgemeinen Wissenschaft gewirkt hat, wie die unsere, nach fünfzigjähriger Existenz in der Weise vergewaltigt und ihrer Selbständigkeit beraubt werden soll, wie dies jetzt mit der Laryngologie beabsichtigt wird!

Aber der Laryngologie, wie wir sie verstehen, droht eine noch grössere Gefahr als die soeben besprochene, eine Gefahr, die ihr aus ihrem Inneren erwachsen ist. Dies ist das sich in jüngster Zeit immer mehr geltend machende Bestreben, ihre natürlichen Grenzen dermassen zu erweitern, dass der alte Begriff der Laryngologie darüber vollständig verloren geht, ja dass sie eigentlich aufhört, überhaupt noch eine Spezialität darzustellen. Die geforderte Verschmelzung mit der Otologie ist unseres Erachtens nur ein erster Schritt auf diesem abschüssigen Pfade.

Die Genesis der ganzen Bestrebung, deren Bedeutung bisher leider von den Wenigsten richtig gewürdigt wird, ist eine sehr natürliche, und dürfte hauptsächlich auf drei Umstände zurückzuführen sein: 1. Dieselbe wirtschaftliche Bedrängnis, die zu der Vereinigung mit der Otologie in der Praxis der jüngeren Spezialisten geführt hat; 2. die an sich äusserst lobenswerte Beschäftigung mit den sogenannten „Grenzgebieten"; 3. der ebenso rühmliche und leicht begreifliche Drang, den allgemeinen Aerzten und Chirurgen, die sich über die „Kleinheit" unserer Tätigkeit lustig machen, zu beweisen, dass wir auch grösserer Dinge fähig sind.

So lange sich diese Bestrebungen innerhalb der natürlichen Grenzen der Spezialität hielten, waren sie durchaus legitim und wurden von uns Allen geteilt. Immer wieder ist darauf hingewiesen worden, dass nach Virchows[1]) goldenen Worten die Spezialitäten sich untereinander verständigen und sich gegenseitig helfen sollen, und ferner, dass, während sie immer von Neuem schöpfen aus dem gemeinsamen Born, sie auch ihrerseits fruchtbringend auf die Mutterwissenschaft zurückwirken müssen. Mit vollem Bewusstsein hat dieses Centralblatt schon vor 25 Jahren neben seinen Haupttitel „für Laryngologie und Rhinologie" die Devise: „und für verwandte Wissenschaften" gesetzt. Die Krankheiten der Schilddrüse, des Oesophagus, des äusseren Halses, der Mundhöhle gehören zu denjenigen, an welchen der Kehlkopfarzt, weil sie sein eigentliches Feld so häufig berühren, ein ganz besonderes Interesse zu nehmen berechtigt und verpflichtet ist. Es gereicht unserer Spezialität zur Ehre, dass sie, sich abwendend von lokaler Kleinigkeitskrämerei, im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts mit Eifer den Zusammenhang des Halses und der Nase mit anderen, nicht nur räumlich benachbarten Organen studiert

---

1) Berliner klinische Wochenschrift. 1885. S. 775.

hat. Was hier hinsichtlich der Beziehungen unseres Spezialgebietes zu den Krankheiten der Augen, der Ohren, des Zentralnervensystems, der Zähne, der Lungen, der Geschlechtsorgane, der Haut — kurz zu allen möglichen Teilen des Körpers geleistet worden ist, gehört zu den dankenswertesten Errungenschaften der Laryngologie und sollte an sich genügen, ihr für immer einen ehrenwerten Platz in der Reihe der anerkannten und unabhängigen Spezialitäten zu sichern.

Ebensowenig lassen sich begründete Einwendungen dagegen erheben, dass die Laryngologie ihr Gebiet erweitert, sobald diese Erweiterung mit innerlicher Notwendigkeit aus der Beschäftigung mit dem eigenen, unbestrittenen Felde unserer Tätigkeit erwächst, und wir möchten dies ganz besonders hervorheben, um dem Vorwurf des Hinter-der-Zeit-Zurückbleibens zuvorzukommen! Wenn also zum Beispiel gegenwärtig die äusseren Stirnhöhlenoperationen sich fast ausschliesslich in den Händen von Spezialisten befinden, wenn die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zum grossen Teil von Laryngologen vorgenommen wird, so ist das einfach darauf zurückzuführen, dass im ersteren Falle die moderne Operation tatsächlich unter den Händen der Rhinologen entstand und so gut wie nie von den Chirurgen in Anspruch genommen worden ist, während im letzteren sich die Chirurgen so lange den von Laryngologen ausgehenden Vorschlägen zur Verbesserung der Technik der Operation verschlossen, dass letztere gezwungen wurden, dieselbe selbst vorzunehmen, wollten sie das von ihnen als richtig erkannte praktisch durchgeführt sehen. Wenn ferner durch die schöpferische Idee Kirstein's und durch ihre geniale Erweiterung seitens Killian's das therapeutische Gebiet der Laryngologie auf die Bronchien und die Speiseröhre ausgedehnt wurde, so war dies eine logische Notwendigkeit, da zu der Erlernung und praktischen Ausübung der Bronchoskopie und Oesophagoskopie noch mehr spezialistische Schulung gehört als zu der gewöhnlichen indirekten Laryngoskopie. Demgemäss ist denn auch, obwohl die Killian'sche Methode die Laryngo-Rhinologie tatsächlich zur Spezialität für die Krankheiten der Luft- und oberen Speisewege umgestaltete, von keiner Seite Einspruch gegen diese unerwartete Ausdehnung ihrer Tätigkeit erhoben worden. Dieselbe hat sich im Gegenteil wohl überall dankbarer Begrüssung zu erfreuen gehabt.

Ganz anders aber steht die Sache mit den neuesten Forderungen unseres radikalen Flügels. Derselbe betrachtet alle der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf räumlich benachbarten oder mit diesen Organen in anatomischer, physiologischer oder pathologischer Beziehung stehenden, wenn auch ferner gelegenen Teile des Körpers als eroberte oder zu erobernde Gebiete und verlangt kurzweg, dass die neue Oto-Laryngologie — denn es sind die Fusionsfreunde, welche diese Forderung erheben — ihre chirurgische Tätigkeit auf alle diese Gebiete ausdehnen solle, gleichgiltig, ob dieselben seit undenklicher Zeit im Besitze anderer gewesen sind oder nicht! — Beiläufige Aeusserungen bezüglicher Art waren mehr-

fach im vorigen Jahre in Wien gelegentlich des Internationalen Kongresses zu hören und lassen sich auch in der neuesten Literatur finden. Jetzt aber ist ein ganz definitives Programm für die weitere Entwickelung der oto-laryngologischen Praxis erschienen, das für die neue Richtung so bezeichnend ist und gleichzeitig beweist, dass wir hier nicht gegen Chimären kämpfen, — dass wir einen grossen Teil desselben trotz seiner Länge in wörtlicher Uebersetzung hier wiedergeben.

In einer Ansprache des Vizepräsidenten, die vor der amerikanischen Academy of Ophthalmology and Laryngology im August vorigen Jahres in Cleveland gehalten und im „Laryngoscope" (Februar 1909) abgedruckt worden ist, erklärt der Vortragende im Eingange, dass das Spezialgebiet der Otolaryngologie über das Gebiet der Mastoidoperationen, der äusseren Operationen an den Nebenhöhlen der Nase und am Kehlkopf allmählich herausgewachsen sei und dass heutzutage die moderne Otolaryngologie die grossen Operationen am Kopfe und Halse in sich begreife.

Dann fährt der Verfasser wörtlich fort: „Noch besteht beträchtliche Zögerung in unseren Reihen hinsichtlich dieses Fortschritts, indem man die mögliche Gefahr fürchtet, das dem allgemeinen Chirurgen gehörende Feld zu schmälern. Das halte ich aber für einen Fehler, weil eine natürliche Verbindung zwischen den Krankheiten der Höhlen der Nase, des Halses und der Ohren und ihrer Adnexa besteht. Der moderne Otolaryngologe darf sich daher nicht mit der Behandlung der Höhlen begnügen, sondern muss auch die Adnexa und die Komplikationen selbst behandeln." — Im weiteren gesteht der Verfasser zu, dass die Begrenzung der otolaryngologischen Praxis durchaus individuelle Geschmackssache sei. Er selbst aber empfehle nicht nur die Inangriffnahme der äusseren ebensowohl wie der inneren Krankheiten der betreffenden Organe, sondern auch die Behandlung der mit ihnen „in engem Zusammenhange stehenden Gewebe". Des weiteren illustriert er seine Meinung, indem er einige einschlägige Beispiele gibt:

1. „Nehmen wir einen Fall von Obstruktion der Nase an, in welchem die Diagnose auf Fibrosarkom gestellt ist. Dasselbe involviert die ganze Hälfte des Oberkiefers und es wird nötig, die temporäre oder permanente Resektion der Maxilla superior mit oder ohne Ligatur der Carotis vorzunehmen. Es ist üblich gewesen, diese Operation von einem allgemeinen Chirurgen vornehmen zu lassen; ich behaupte jedoch, dass dieselbe durchaus innerhalb der Domäne der otolaryngologischen Praxis liegt."

2. „Eine akute oder chronische Affektion der Nebenhöhlen der Nase führt zur Entwickelung deutlicher Gehirnsymptome; die Diagnose wird auf einen komplizierenden Gehirnabszess oder auf Meningitis gestellt. Der Rhinologe hat die inneren und äusseren Operationen an den Sinus vorgenommen, aber die Gehirnexploration oder Punktion des Wirbelkanals ist dem allgemeinen Chirurgen überlassen geblieben. Es ist kein Grund vorhanden, warum nicht die ganze Operation von dem Oto-Rhino-Laryngologen ausgeführt werden soll."

3. „Die vielen Varietäten äusserer Nasendeformitäten sind und werden noch gegenwärtig vielfach von allgemeinen Chirurgen operiert, trotz der Tatsache, dass in den meisten Fällen auch intranasale Chirurgie notwendig ist, um die besten Resultate zu erzielen. Es ist daher klar, dass diese Fälle zum Bereich des Oto-Laryngologen gehören."

4. „Die Lippen, das Zahnfleisch, die Kiefer, der Gaumen, die Speicheldrüsen und -Gänge, die Wangenschleimhaut und die Zunge werden in einer gemischten Weise behandelt, manche ihrer Affektionen von dem allgemeinen Chirurgen, manche von Zahnärzten, manche von Mundärzten oder Stomatologen und manche von den Rhino-Laryngologen. Die richtige Diagnose und Behandlung sind so wesentlich in Beziehung zu den speziellen Funktionen der Atmung, der Sprache, des Gehörs, Geruchs und Geschmacksinns, dass allein aus diesen Gründen, wenn nicht aus anderen, die obigen Strukturen von den Oto-Rhino-Laryngologen behandelt werden sollten."

„Ich will nunmehr einige spezielle pathologische Zustände dieser Gebilde aufzählen":

a) „Der Lippen: Hasenscharte, angeborenes Staphylom, Neubildungen, entzündliche Krankheiten und angioneurotisches Oedem."

b) „Des Zahnfleisches und der Kiefer: Epulis und andere Neubildungen, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Frakturen und Dislokationen, Periostitis, Abszesse und Necrosis."

c) „Des Gaumens: Wolfsrachen und andere kongenitale Defekte, Lähmungen, Neubildungen und entzündliche Leiden."

d) „Des Speichelapparates: Speichelsteine und -Cysten oder Ranulae, Entzündungen, Abszesse und Neubildungen der Speicheldrüsen."

e) „Der Backen: Leukoplakie, Neubildungen und entzündliche Krankheiten."

f) „Der Zunge: schwarze Haarzunge und andere Keratosen, tuberkulöse und syphilitische Erkrankungen und andere entzündliche Affektionen, kongenitale Verkürzung oder Fehlen des Frenulum („tongue-tie"), Neubildungen."

5. „In neuerer Zeit ist klar nachgewiesen, besonders von Groeber, Moos, Wood und anderen, dass die Lymphgebilde des Mundes, der Nase, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs sich in die verschiedenen Drüsenregionen des Halses entleeren, und dass die Infektion und Vergrösserung der Drüsen in direktem Verhältnis zu der Infektion der Lymphgebilde in den genannten Höhlen steht. Umgekehrt schwindet die Drüsenaffektion mit dem Aufhören der primären Affektion. Es ist daher klar, dass Vergrösserung der Lymphdrüsen, gleichgültig aus welcher Quelle stammend, in welche sich die oben genannten Lymphgebilde ergiessen, der Domäne des Oto-Rhino-Laryngologen zuzurechnen ist. Es ist durchaus nicht selten zu sehen, dass längere Zeit vergrösserte, aber nicht erweichte Halsdrüsen nach der Entfernung von Tonsillen oder adenoiden Vegetationen verschwinden. Ebensowenig selten findet man Recidive vergrösserter Cer-

vikaldrüsen 2—3 Mal nach ihrer Operation, bis endlich die Tonsillen oder andere infizierte Gebilde innerhalb der Höhlen entfernt worden sind."

6. „Eine sehr häufige Klage über Schling- und Atembeschwerden sowie über andere auf den Hals bezügliche Symptome ist auf Vergrösserung der Schilddrüse zurückzuführen. Druck auf den N. recurrens bedingt Parese oder Paralyse der Stimmbänder, welche, obwohl seltener, derselben Veranlassung ihren Ursprung verdankt. Dieser pathologische Zustand ist vernünftigerweise innerhalb der Grenzen unserer Spezialität, und die zu seiner Hebung notwendige Operation sollte häufiger von uns vorgenommen werden, als dies geschieht."

„Das Gleiche gilt für alle Geschwülste des Halses, sowie für Kiemencysten, sobald dieselben Symptome im Gebiet der Nase, des Halses und der Ohren produzieren."

7. „Die verschiedenen äusseren Operationen am Kehlkopf sind sämtlich von Laryngologen während der letzten zehn Jahre vorgenommen worden. Alles, was ich mit Bezug hierauf zu sagen wünsche, ist, dass die Tatsache beweist, dass sie fähig sind, diese äusserst schwierigen grossen Operationen selbst vorzunehmen."

8. „Die Trachea, Bronchien, Lungen, Oesophagus und Magen, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittels der verschiedenen „Scope" (Röhren) in Betrachtung kommen, sind sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Spezialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Tätigkeit."

9. „Die zahlreichen Eingriffe an dem äusseren Ohr, wie plastische Operationen und Entfernung von Neubildungen, sind seit einiger Zeit von Otologen mit vortrefflichen Resultaten vorgenommen worden."

10. „Die vielfachen Komplikationen einer Infektion des Warzenfortsatzes, wie Sinusthrombose, Thrombophlebitis, Gehirnabszesse, Abszesse am Halse als Folge Bezoldt'scher Mastoiditis und Meningitis sind ebenfalls von den Oto-Laryngologen überwunden worden und haben unsere Stellung beträchtlich gehoben."

11. „Die neuroplastische Operation zur Heilung von Paralyse des Facialis ist in der Mehrzahl der Fälle von allgemeinen Chirurgen ausgeführt worden, trotz der Tatsache, dass die Majorität der Fälle entweder mit schweren Läsionen des Schläfenbeins verbunden ist, oder unseren Bemühungen, Ohreneiterungen zu heilen, ihren Ursprung verdankt. Auf Grund persönlicher Erfahrung möchte ich jeden Otologen, der sich angesichts dieser unerfreulichen und äusserst unangenehmen Komplikation befindet, dazu anregen, diese delikate, schwierige, aber interessante chirurgische Prozedur selbst auszuführen."

„Ich habe gegenwärtig hauptsächlich chirurgische Affektionen erwähnt, weil es zuviel Zeit erfordern würde, weiter auf die Frage einzugehen; ausserdem ist es einleuchtend, dass solche andere lokale oder allgemeine Massregeln zu ergreifen sind, wie sie erforderlich werden."

„Und jetzt, meine Herren, wo ich die wichtigsten Zustände aufgezählt habe, auf deren Behandlung die modernen Oto-Rhinologen gefasst sein müssen, wünsche ich meine Gründe zu geben, warum es zu ihrem Vorteil sein wird, dies zu tun“:

„Erstens. Auf Grund der Tatsache, dass sie immerwährend darauf eingeübt werden, empfindliche Gebilde zu manipulieren, ist es natürlich, dass ihre Resultate besser sind.“

Zweitens. In vielen der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen, ist indirekte Beleuchtung mittels des Spiegels erforderlich und nur diejenigen, welche daran gewöhnt sind, konstant den Spiegel zu gebrauchen, können die beste Arbeit leisten.“

„Drittens. Indem er seine Tätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränkt, wird der Spezialist naturgemäss zu einem Sachverständigen, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln haben, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben werden, so viele Fälle zu beobachten. Dies hängt natürlich von der Anzahl der Fälle ab, die jeder Einzelne sieht.“

Viertens. Wie schon im Anfange gesagt, sollen die Oto-Laryngologen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexa und Komplikationen behandeln. Alles, was sie zu tun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Prinzipien gut zu kennen, da die Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen stets wohl bekannt gewesen sind.“

„Ich habe nichts bezüglich der Oto-Rhino-Laryngologen und Ophthalmologen oder der Krankheiten gesagt, welche beiden Abteilungen gemeinsam sind, weil der Präsident bereits hierauf angespielt hat. Ich möchte aber sagen, dass die Oto-Rhino-Laryngologie kaum je ohne die Mitarbeiterschaft eines Ophthalmologen auskommen kann und umgekehrt.“

Hiermit schliesst der amerikanische Autor sein Programm ab. Die Kollegialität, welche er in seinem letzten Satze den Ophthalmologen gegenüber zeigt und welche so auffallend mit dem gänzlichen Mangel an Rücksicht kontrastiert, der in obiger Ansprache dem allgemeinen Chirurgen gegenüber an den Tag gelegt wird, erklärt sich sehr natürlich daraus, dass diese Ansprache vor der „Academy of Ophthalmology and Laryngology“ gehalten wurde, d. h. vor einer Körperschaft, welche beide genannte Spezialitäten pflegt. Anderwärts, wo die Verschmelzung derselben bisher nicht erfolgt ist, sind die Gesinnungsgenossen des Redners nicht so rücksichtsvoll gegen die Ophthalmologen: dort wird die „Chirurgie der orbitalen Komplikationen“ ebenfalls für den Oto-Laryngologen der Zukunft in Anspruch genommen! —

Wir sprechen von „Gesinnungsgenossen“ des Autors, da wir wissen, dass es solche allerorts gibt. Kein grösserer Fehler könnte von den Laryngologen alten Stils gemacht werden, als der, obige Ausführungen als den Traum eines vereinzelten Schwärmers

zu belächeln und zu glauben, dass man dieselben mit Achselzucken übergehen könne! — Dieselben stellen vielmehr das erste definitive Programm einer weit verbreiteten Richtung dar, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn auch die Meinungen der Anhänger dieses Programms in Bezug auf einzelne Details auseinander gehen mögen, und wahrscheinlich tatsächlich auseinander gehen, dasselbe doch im Grossen und Ganzen die Ziele und Ideale einer nicht zu unterschätzenden Partei wiedergibt.

Dies ist der Grund, warum im Obigen das Programm derselben wortgetreu wiedergegeben ist, dies der Grund, warum im Folgenden die Bedenklichkeit desselben dargelegt werden soll. Und wir geben uns der festen Hoffnung hin, dass der Wortführer, dessen Ausführungen wir bekämpfen werden, unsere freimütigen Aeusserungen ganz und gar nicht im Sinne einer persönlichen Polemik auffassen wird! — Nichts liegt uns ferner als eine solche! — Nicht zwei Personen, sondern zwei Richtungen stehen einander gegenüber. Wenn wir die eine derselben bekämpfen, so geschieht dies, weil sie unserer festen Ueberzeugung nach unheilvoll für die Zukunft unserer Spezialität ist, nicht weil wir ihren Wortführer für das verantwortlich machen, was von vielen andern ebenso lebhaft gewünscht wird, wie von ihm.

Der vorwiegende Eindruck, den der mit der Sache vertraute Leser bei der Lektüre des vorstehenden Programms empfangen haben dürfte, ist wohl der des Erstaunens, wie kurzsichtig die Pläne derjenigen sind, die es leichten Herzens unternehmen, die Grundlagen unserer Spezialität zu verändern, unsere Beziehungen zu anderen Zweigen unserer Wissenschaft und zur Gesamtmedizin zu verschlechtern, den Begriff des Spezialismus selbst auf den Kopf zu stellen.

Der Spezialismus in der Medizin ist bestenfalls ein notwendiges Uebel. Vom idealen Standpunkte kann kein Zweifel darüber obwalten, dass es wünschenswert wäre, dass jeder Arzt seine Wissenschaft und Kunst so vollständig beherrschte, dass eine Arbeitsteilung unnötig wäre. Das ist nun durch den stetig zunehmenden Umfang unseres Wissens und Könnens im Verhältnis zur Kürze unseres Lebens und unserer Studienzeit praktisch unmöglich geworden. Universalgenies wie Albrecht von Haller sind heutzutage kaum mehr denkbar. Zunächst haben sich die theoretischen Fächer von den praktischen allmählich geschieden; dann haben sich die innere Medizin, die Chirurgie und die Geburtshilfe von einander getrennt; dann sind in der Medizin und in der Chirurgie allmählich auf Grund besonderer Veranlassungen Unterabteilungen entstanden. Solche Veranlassungen waren hauptsächlich die Einführung neuer wichtiger Methoden für Untersuchung und Behandlung, deren Handhabung besondere Uebung und Geschicklichkeit erforderte, wie der Augen-, Ohren-, Kehlkopfspiegel, das Cystoskop usw. Das für die Legitimation dieser Unterabteilungen als selbständiger Zweige der Medizin unerlässliche ge-

meinsame Prinzip bestand darin, dass diejenigen, die sich der Pflege dieser Methoden gänzlich widmeten, das von ihnen bebaute Feld besser zu bearbeiten imstande sein mussten als diejenigen, die nur gelegentlich die betreffenden Methoden ausübten, und dass sie sich, wenn sie die Unterstützung ihrer nichtspezialistischen Kollegen erwarteten, auf das von ihnen kultivierte Gebiet beschränkten.

Selbstverständlich bedeutet letzteres nicht eine polizeilich überwachte Grenzsperre. Abgesehen von dem Rechte jedes approbierten Arztes, das gesamte Gebiet der Heilkunde zu bearbeiten, ein Recht, das Niemandem geschmälert werden kann, gehen viele von den Unterabteilungen der Medizin so allmählich ineinander über resp. haben so viele Interessen gemeinsam, dass sich eine haarscharfe Grenze zwischen ihnen überhaupt nicht ziehen lässt. Die Selbstbeschränkung der Spezialisten auf das von ihnen gewählte Feld war vielmehr eine durchaus freiwillige und war das Ergebnis weiser Einsicht. Indem der Spezialist sich aus eigenem Antrieb enthielt, Leistungen zu unternehmen, die er vielleicht ebenso gut wie ein anderer ausführen konnte, und indem er sich darauf beschränkte, Dinge zu treiben, die er sicher besser tun konnte als andere, rechnete er auf die Unterstützung der Angehörigen anderer Zweige in seiner Praxis. Indem die letzteren dem Spezialisten ihr Vertrauen schenkten und ihm Patienten zuwiesen, deren Krankheiten in sein Gebiet fielen, erwarteten sie, dass diese Kranken nach ihrer Heilung im Falle anderweitiger Leiden zu ihren ursprünglichen Ratgebern zurückkehren würden. Das war die praktische Grundlage, auf welcher der Spezialismus in den neueren, mehr technischen Unterabteilungen der Medizin entstanden ist; das ist die gesunde Grundlage, auf welcher er noch heute besteht. Es ist der Geist der Kollegialität, der diese Beziehungen reguliert und sie in der Tat allein möglich macht!

Prüfen wir nun auf Grund dieser Schilderung der Entwicklung und gegenwärtigen Stellung des Spezialismus in der Medizin, deren Richtigkeit wohl kaum bestritten werden wird, die Forderungen der neuen „Oto-Rhino-Laryngologie", so stürzen die Bedenken bei der Lektüre des vorstehenden Programms der Reformpartei so haufenweise auf den Leser ein, dass man kaum weiss, wo man anfangen und wo man aufhören soll, Einsprache zu erheben. — Um nur einigermassen Ordnung in die Fülle dieser Einwürfe zu bringen, wollen wir das neue Programm nach folgenden Gesichtspunkten untersuchen:

1. Die geforderte Veränderung des Umfanges der Spezialität und die Willkürlichkeit, mit der die Grenzen ihres Gebiets abgesteckt werden.

2. Die Gründe, auf welche sich die Forderungen stützen.

3. Die gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Spezialität zur Gesamtmedizin im Falle der Realisation des Programms und die Frage, welches die Stellung der neuen Disziplin im akademischen Lehrkörper sein soll, eine Frage, die in dem Programm garnicht berührt wird.

---

1. Es wird gefordert, dass die „Oto-Rhino-Laryngologie“ auch die „Adnexa“ und die „Komplikationen“ einschliessen soll. Die ungemeine Dehnbarkeit dieser Begriffe liegt auf der Hand. Was sind „Adnexa“? — Nur alle räumlich benachbarten oder auch alle anatomisch, physiologisch und pathologisch mit dem Ohr, der Nase und dem Halse in Zusammenhang stehenden Teile? — Was sind „Komplikationen?“ — Prozesse, die aus den Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses erwachsen und auf benachbarte oder entferntere Organe übergreifen oder auch Prozesse in anderen Teilen, die in ihrem Verlaufe auch Ohr, Hals und Nase affizieren mögen resp. konstitutionelle Leiden, in denen zu irgendeiner Zeit ihres Bestehens Erscheinungen von seiten des Ohres, der Nase oder des Halses auftreten können?

Obwohl das zitierte Programm sich über diese Fragen nicht klar auslässt, so geht doch aus den von ihm gegebenen Beispielen klar genug hervor, dass der Ehrgeiz der Reformpartei darauf hinausgeht, alle diese „Adnexa“ und „Komplikationen“ in das Gebiet der neuen Disziplin hineinzuziehen. Wir sagen ganz allgemein: „Der neuen Disziplin“, weil wir wirklich in Verlegenheit sind, mit welchem bezeichnenden Namen wir sie belegen sollen! — Dass es nicht mehr „Oto-Rhino-Laryngologie“ ist, wenn jemand die Resektion der Maxilla superior mit Ligatur der Carotis vornimmt, den Wirbelkanal punktiert, die Hasenscharte operiert, die Zunge entfernt, neuroplastische Operationen zur Heilung der Facialisparalyse ausführt usw. — ist ohne weiteres einleuchtend. Auch „Chirurgie des Kopfes und Halses“ — der von dem Verfasser des Programms selbst wiederholt gebrauchte Ausdruck — reicht offenbar nicht aus, um das Feld der neuen Disziplin zu definieren, denn einerseits macht er das spezielle Reservat, dass er nur aus Zeitmangel sich auf die hauptsächlich chirurgischen Affektionen beschränkt habe, und es „einleuchtend“ sei, dass „solche andere lokale oder allgemeine Massregeln zu ergreifen seien, wie sie erforderlich werden“ — was bei der bequemen Argumentation des Programms vollständig ausreicht, auch alle nichtchirurgischen „Komplikationen“ oder „Adnexa“ für die Domäne der neuen Disziplin zu fordern, andererseits liegen seinem Raisonnement zufolge ja auch „die Lungen, der Oesophagus und der Magen“, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope“ in Betrachtung kommen, „sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Spezialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Tätigkeit.“

So sehr wir mit dem Inhalt des letzten Satzes einverstanden sind, so ist es doch klar, dass eine Disziplin, die einerseits auch die nichtchirurgischen Leiden des Kopfes und Halses, andererseits die Krankheiten der Lunge, der Speiseröhre und des Magens umfassen will, auch einen bezeichnenderen Ausdruck für das Gebiet ihrer Tätigkeit finden muss als den der „Chirurgie des Kopfes und Halses.“ — „Spezialist vom Scheitel bis zum Nabel“ würde schon besser passen. — Aber auch diese Be-

zeichnung reicht nicht aus, wenn wirklich alle „Adnexa“ und „Komplikationen“ in den Bereich unserer Tätigkeit gezogen werden sollen.

Wir kommen dabei auf die oben erwähnte ganz unverständliche Willkürlichkeit in der Begrenzung des Gebietes der neuen Disziplin, die ihr unreifes Programm charakterisiert. Wenn die „Adnexa“ uns gehören, wie behauptet wird, warum nicht gerade heraussagen, dass das Gehirn, die Augen, die Zähne, Bestandteile unseres neuen Wirkungskreises sind? — Das Gehirn ist räumlich der Nase, dem Halse, den Ohren benachbart, verschiedene seiner Erkrankungen lösen Komplikationen in diesen Teilen aus, wie umgekehrt Krankheiten dieser Organe auf das Gehirn übergreifen können. — Die Beziehungen der Augen zur Nase sind im Laufe der letzten Jahre so vielfach Gegenstand literarischer Tätigkeit gewesen, und es ist eine so formidable Liste von Krankheiten aufgestellt worden, die von der Nase ausgehend Augenkrankheiten bedingen können, dass, wenn der Verfasser obigen Programms hätte konsequent sein wollen, er seinen Forderungen getreu kurzweg auch die Augenkrankheiten hätte für die neue Spezialität reklamieren müssen, statt im Schlusssatze überraschenderweise zu sagen, dass der Oto-Rhino-Laryngologe kaum je ohne die „Mitarbeiterschaft“ des Ophthalmologen auskommen könne und umgekehrt. Wenn hier eine „Mitarbeiterschaft“ des Angehörigen einer anderen Spezialität zugestanden wird, warum wird dem allgemeinen Chirurgen eine solche „Mitarbeiterschaft“ verweigert und schlankweg zur Annexion seines Gebietes aufgefordert? — Und weiter: wir sollen den Oberkiefer resezieren, Epulis, Affektionen des Zahnfleisches, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Frakturen und Dislokationen, Periostitis und Nekrose der Kieferknochen behandeln. Warum machen wir denn bei den Zähnen selbst Halt? — Auch zu deren Behandlung gehört ja „Delikatesse der Manipulationen“ und gelegentlicher „Gebrauch des Spiegels!“ Also: Fort mit dem Zahnarzt! — Mit dieser Logik, die an die berühmte Ableitung: „ἀλωπηξ, pix, pax, pux, Fuchs!“ erinnert, lässt sich ebenso gut die Behandlung der Hypophysiskrankheiten oder die Exstirpation des Ganglion Gasseri für den Oto-Rhino-Laryngologen“ fordern. Und selbst hiermit ist die Absurdität noch nicht am Ende angelangt. Da wir in Zukunft ja alle „Komplikationen“ selbst behandeln sollen, so ist es nur selbstverständlich, dass, wenn ein Pemphigus in der Nase oder im Halse beginnt, die Behandlung in den Händen des „Rhino-Laryngo-Otologen“ bleibt, auch wenn in späteren Stadien die Schleimhautsymptome vollständig hinter den Manifestationen auf der äusseren Haut zurücktreten. Und da wir weder vor der Punktion des Wirbelkanals noch vor der Entfernung der Schilddrüse zurückschrecken dürfen, so folgt natürlich, dass wenn ein unter unserer Behandlung stehendes Oesophaguscarcinom die Gastrostomie erfordert, diese Operation von uns selbst vorgenommen wird, ebenso wie, dass, wenn bei einer mit Kehlkopftuberkulose behafteten Patientin die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indiziert erscheint, es der „Oto-Rhino-Laryngologe“

ist, der diese Operation ausführt! — Und das nennt sich noch „Spezialität!“ — Schliesslich werden wir bei dieser Behandlung der „Adnexa“ und „Komplikationen“ bei der Definition des alten englischen Chirurgen anlangen, der auf die Frage, was ein chirurgischer Fall sei, ohne Zögern erwiderte: „Jeder, der ein Honorar bezahlt.“ — —

2. Prüft man nun die Gründe, auf welche die Forderungen der Reformpartei sich stützen, so weiss man nicht, ob man mehr über deren sachliche Aermlichkeit oder über die Kurzsichtigkeit staunen soll, mit der Argumente verwendet werden, die bei näherer Analyse ihre Spitze direkt gegen die Sache kehren, der sie dienen sollen.

Da wird zunächst behauptet, dass auf Grund ihrer Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde es natürlich sei, dass die Resultate der Spezialisten besser seien. — Von welchen Gebilden und von welchen Resultaten wird da gesprochen? — Wenn diejenigen Gebilde da gemeint sind, welche eine ganz spezielle Technik erfordern (wie etwa die intralaryngeale Operation gutartiger Kehlkopfneubildungen), und welche sich bereits seit 50 Jahren unangefochten in unserem Besitze befinden, so wird das niemand bestreiten; wenn aber die neuen Dinge in Frage kommen, die jetzt für die „Oto-Rhino-Laryngologie“ reklamiert werden, so schwebt die Behauptung, dass die Resultate der Laryngologen „besser“ seien, vollständig in der Luft und stellt ausserdem — bewusst oder unbewusst — eine Beleidigung derer dar, in deren Händen sich die betreffenden Operationen befunden haben, und denen bisher unseres Wissens nach niemals Mangel an Geschicklichkeit hat vorgeworfen werden können! — Und ausserdem: welche Logik! — Verleiht blosse „Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde“ Anspruch auf Usurpirung anderer Gebiete, so dürfte der Augenarzt ein Recht haben, die gesamte Chirurgie als seine legitime Domäne zu betrachten!

Ferner heisst es, dass in „vielen“ der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen indirekte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich sei, und dass nur diejenigen, welche daran gewöhnt seien, konstant den Spiegel zu gebrauchen, die beste Arbeit leisten könnten. — Darauf ist zu erwidern, dass die Wolfsrachen- und Mundoperationen nach der eigenen Liste des Programms nur einen ganz geringen Bruchteil derjenigen Eingriffe darstellen, welche jetzt für die neue Disziplin gefordert werden, und dass Wolfsrachenoperationen, wie überhaupt Operationen am harten und weichen Gaumen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch unbestritten, von jeher zu denjenigen Operationen gehört haben, die von Laryngologen ausgeführt worden sind. Für die grosse Mehrzahl der neu reklamierten Operationen aber ist das Spiegelargument ganz unverwendbar, da bei denselben Spiegel gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise zur Verwendung kommen.

Sodann wird uns gesagt, dass der Spezialist, indem er seine Tätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränke, naturgemäss zu einem Sachverständigen werde, während die-

jenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln hätten, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben würden, so viele Fälle zu beobachten. Freilich fügt der Autor hinzu, dass dies natürlich von der Anzahl der Fälle abhänge, die jeder Einzelne sehe. — Dieses Argument hat insofern etwas unwillkürlich Komisches, indem der letzte Satz den vorhergehenden einfach aufhebt. — Aber auch abgesehen hiervon ist über die ganze Behauptung zu sagen, dass der Spezialist, so lange er sich mit dem wirklichen Gebiet seiner Spezialität begnügt, in der Tat ein Sachverständiger ist, während er diese Eigenschaft verliert, sobald er sich auf Gebiete begibt, mit denen er nur ganz gelegentlich in Berührung kommt. — Ferner ist bei der ganzen Bewegung nicht von einer Beschränkung, sondern von einer Ausdehnung die Rede, und zwar begreift diese Ausdehnung, wie wir oben gezeigt haben, nicht nur die „Chirurgie des Kopfes und Halses“, sondern die medizinische und chirurgische Behandlung der meisten Leiden der oberen Hälfte des Körpers in sich, wenn letzteres auch nicht so direkt ausgesprochen wird, wie ersteres. Dass dabei der ganze Begriff des Spezialismus auf den Kopf gestellt wird, und der Anspruch auf „Sachverständigkeit“ in sich zusammenfällt, ist selbstverständlich. Ausserdem muss bestritten werden, dass — wenigstens gegenwärtig — der Spezialist die Gelegenheit hat, viele Fälle zu beobachten, die nicht zu dem eigentlichen Gebiet seiner Spezialität gehören. Gelegentlich bekommt man ja auch fernliegende Dinge zu sehen; wie selten das aber ist, erhellt am besten aus den statistischen Berichten der laryngologischen Kliniken der verschiedensten Länder, in welchen man nur in Ausnahmefällen, resp. in verschwindend kleiner Anzahl, die Namen vieler von den Leiden und Operationen genannt finden wird, die jetzt für die neue Disziplin reklamiert werden.

Das wunderbarste und für die eigene Sache gefährlichste Argument ist jedenfalls das letzte der ins Feld geführten. Die Oto-Laryngologen sollen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexe und Komplikationen behandeln, deren Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen angeblich „stets wohl bekannt“ gewesen seien. „Alles was sie zu tun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Prinzipien zn kennen.“ — Bei oberflächlicher Lektüre scheint die Aufgabe einfach genug; denkt man aber über den Sinn dieser Sätze nach, so drängen sich einem die beiden Fragen auf: Woher stammt die angebliche intime Kenntnis — wir sprechen natürlich nicht von der allgemeinen Kenntnis, die jeder praktische Arzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie des ganzen Körpers besitzt, sondern von der speziellen Kenntnis, welche das Attribut der Sachverständigkeit rechtfertigt — welche die Oto-Laryngologen schon jetzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie der verschiedenen „Adnexa“ und Organe, in denen „Komplikationen“ erfolgen können, angeblich besitzen sollen? — Und zweitens: wann und wie sollen sie sich in der Technik vervollkommnen“? — Es ist in der Tat merkwürdig, dass die Himmel-

stürmer nicht sehen, dass sie hier ihre eigene Achillesferse berühren! — Dass die blosse offizielle Ausbildung während der Studienjahre nicht ausreicht, um jemanden zu der wirklich sachverständigen Vornahme solcher Operationen, wie sie von jetzt an zum Gebiet der Oto-Laryngologie gehören sollen, zu qualifizieren, wird wohl allerseits zugestanden werden, und wird tatsächlich durch die Aufforderung zu weiterer „technischer Vervollkommnung" bestätigt. Aber wie und wann sollen sich die Oto-Laryngologen, so fragen wir wiederholt, dieselbe aneignen? — Ja, wenn es gesetzlich geregelt werden könne, dass jedermann, ehe er berechtigt ist, den Titel „Oto-Laryngologe", oder den Titel „Spezialist für Krankheiten der oberen Körperhälfte", oder welchen anderen Titel man der neuen Disziplin geben will, zu führen, nach Ablegung seines Staatsexamens verpflichtet würde, eine Periode von mindestens 2—3 Jahren als offizieller Assistent (mit der Befugnis, grössere Operationen selbst auszuführen) an einer grossen chirurgischen Klinik zuzubringen; dass er während dieser Zeit die Anatomie, Physiologie und Pathologie der „Adnexa" und „Komplikationen" besonders studieren müsse; und dass es ihm erst nach Ablegung eines speziellen Examens bezüglich seines speziellen Wissens und fachmännischen Könnens in den Dingen, die er später als Spezialist betreiben wolle, gestattet sein solle, den betreffenden Spezialtitel zu führen, — dann läge die Sache anders! — Heute aber, wo man schon bei dem gegenwärtig begrenzteren Umfang der beiden Spezialitäten immer wieder die Erfahrung macht, dass Leute sich Spezialisten nennen, denen keine Spezialbildung zur Seite steht, wo die Klage über das „Sechswochenspezialistentum" immer lauter aus den Reihen der Spezialisten selbst erschallt, eine grosse Anzahl von neuen Dingen, die nur auf Grund jahrelanger spezieller Ausbildung wirklich fachmännisch betrieben werden können, für unsere Spezialität zu reklamieren, ist einfach widersinnig und läuft dem ganzen Grundbegriff des medizinischen Spezialismus stracks zuwider.

Ueberhaupt ist hier der Ort, die Herren von der Reform auf eine grosse und wirkliche Gefahr für unsere Spezialität aufmerksam zu machen, die sie heraufbeschwören, deren sie aber, soweit wir sehen können, überhaupt nicht gewahr sind: die Gefahr der Verflachung unserer Tätigkeit zu Gunsten ihrer Verbreiterung! — Wir haben bisher unsere Erfolge durch liebevolle Vertiefung in unser kleines Gebiet erreicht. Mit seiner, bisher durchaus legitimen, allmählichen organischen Erweiterung ist es schwerer und schwerer geworden, sich selbst in diesem beschränkten Gebiete in allen Punkten vollständig auf der Höhe zu erhalten, das ganze Gebiet seiner immer mehr anschwellenden und sich immer mehr zersplitternden Literatur zu beherrschen, wirklicher Meister der immer mehr sich verfeinernden Technik, der in immer grösserer Zahl auftauchenden neuen Untersuchungs- und Operationsmethoden zu bleiben. — Jetzt soll nun der Umfang dieses Gebietes bis ins Ungemessene erweitert werden, ohne dass die geringste Bürgschaft dafür geboten wird, dass diejenigen,

welche sich ihm widmen, die unerlässliche spezielle Vorbildung in den neuen Dingen erhalten haben, die ihm angegliedert werden sollen, und ohne die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich die technische Vollkommenheit, die von einem „Spezialisten“ verlangt werden darf, nach ihrem Eintritt in die spezialistische Laufbahn aneignen werden, da trotz der gegenteiligen Behauptungen das sich ihnen darbietende Material in der Behandlung der „Adnexa“ und der „Komplikationen“ an den weitaus meisten Spezialkliniken voraussichtlich ein viel zu geringes bleiben wird, um auf seiner Grundlage wirklich Meisterschaft zu erringen. — Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, vorauszusehen, dass bei einer Verfolgung dieser Ziele der Oberflächlichkeit, dem Dilettantismus in die Hand gearbeitet, die wirkliche Aufgabe der Spezialität immer mehr in den Hintergrund gerückt werden wird. Der ehrgeizige junge Spezialist wird es für seine Pflicht halten, seine Tätigkeit besonders auf denjenigen neuen Gebieten zu betätigen, auf denen wir überhaupt nicht mit den Angehörigen anderer Zweige rivalisieren sollten, um zu zeigen, dass er auf der Höhe der Situation stehe. Unsere Spezialgesellschaften, unsere Spezialjournale werden immer mehr ihren eigentlichen Charakter verlieren und Dinge bringen, die naturgemäss in das Gebiet der allgemeinen Chirurgie und Medizin gehören. Die Betten in den Spezialkliniken werden immer häufiger für Fälle in Anspruch genommen werden, die garnicht in das eigentliche Gebiet der Spezialität fallen. Spuren von allem diesen lassen sich von dem aufmerksamen Beobachter schon heute entdecken. Schliesslich wird die Spezialität so weitgehende Ansprüche machen, dass sie überhaupt aufhört, Spezialität zu sein. Weit von diesem Ende wäre sie schon jetzt nicht, wenn das amerikanische Programm und die Bestrebungen Gleichgesinnter in anderen Ländern zum offiziellen Schlachtruf der Angehörigen unseres Faches erhoben würden. — Und das soll ein Fortschritt sein? — Es ist der Gipfelpunkt solcher Verblendung, wie sie nach dem altrömischen Sprichwort der Vernichtung vorhergeht!

3. In innigem Zusammenhange mit den letzten Ausführungen steht die letzte hier noch zu besprechende Frage: die unausweichliche gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Spezialität zur Gesamtmedizin im Falle der Realisation des Reformprogramms, und die Erwägung, welches die Stellung der neuen Disziplin im akademischen Lehrkörper sein soll? — Es ist bezeichnend für die Unreife der ganzen Bewegung, dass das Programm kein Wort über diese Grundfragen enthält. — Es wird anscheinend naiver Weise angenommen, dass die angestrebten Ziele sich verwirklichen liessen, ohne dass die Angehörigen anderer Zweige, selbst der direkt durch die rücksichtslosen Forderungen der Reformpartei betroffenen, überhaupt um ihre Ansicht gefragt würden, resp. ein Wort zur Verteidigung ihrer eigenen gefährdeten Interessen zu sagen hätten! — Hier wird die neue Bewegung geradezu gemeingefährlich, und hier wird ein Protest aus der Mitte der Spezialität selbst zur direkten Pflicht!

Noch einmal muss an dieser Stelle, um jeder Missdeutung vorzubeugen, nachdrücklich betont werden, dass niemand daran gedacht hat oder denkt, dem einzelnen Laryngologen vorschreiben zu wollen, was die Grenzen seiner Tätigkeit sein sollen! — Das wäre ebenso lächerlich als anmassend und widerspräche dem Geist freier Wissenschaft! — Victor von Bruns ist allgemeiner Chirurg geblieben, auch nachdem er der Vater der intralaryngealen Chirurgie geworden war; Carl Gerhardt und Hugo von Ziemssen haben nicht ihre klinischen Professuren niedergelegt, weil sie sich mit Vorliebe mit Laryngologie beschäftigten. Noch heute sind mehrere der ausgezeichnetsten britischen Laryngologen gleichzeitig innere Kliniker oder Chirurgen. Die Kombination der Laryngologie mit der Otologie ist in der Praxis häufiger als das Alleinbetreiben einer dieser Spezialitäten. In Amerika tritt vielfach noch die Ophthalmologie hinzu. Noch seltenere Kombinationen, wie die der Laryngologie mit der Dermatologie, sind nicht unerhört. So soll es auch bleiben! So wenig es dem einfachen praktischen Arzt verwehrt werden kann, selbst die Ovariotomie vorzunehmen, den Kehlkopf zu exstirpieren, den Star zu stechen, eine Gehirngeschwulst zu entfernen, so wenig darf der Laryngologe als Individuum in der Festsetzung seines persönlichen Wirkungskreises behindert werden. Wenn ein Halsarzt, dem eine gründliche chirurgische Vorbildung zur Seite steht, alle in dem obigen Programm genannten und ausserdem alle ganz ausserhalb des laryngologischen Gebietes stehenden Operationen, die der Zufall ihm zuführt, selbst ausführen will, so hat niemand das Recht, ihm dreinzureden. Wenn ein anderer, der eine solche Vorbildung nicht besitzt, aus falschem Ehrgeiz oder aus materiellen Gründen, die ja bei der ganzen Frage, wenn auch unausgesprochen[1]), eine so grosse Rolle spielen, die dilettantenhafte Vornahme einiger weniger Operationen, die sich ihm gelegentlich bieten, der Mitwirkung des allgemeinen Chirurgen und dem Vertrauen der praktischen Aerzte vorzieht, so hat er das mit seinem Gewissen abzumachen und die Folgen etwaiger Fehlschläge persönlich auf sich zu nehmen. Das sind Dinge, die die Laryngologie als

1) Fast gleichzeitig mit dem Vortrag des amerikanischen Vorkämpfers der neuen Richtung hat ein Landsmann von ihm, ein bekannter amerikanischer Ophthalmolog, einen Artikel unter dem Titel: „Augenarzt und Ohrenarzt, oder Augenarzt und innerer Kliniker — welches von beiden soll es sein?“ („Oculist and Aurist or Oculist and Physician — Which?“ „Ophthalmoscope“ Jan. 1909) veröffentlicht, in welchem er die Frage bespricht, ob der Augenarzt seine Spezialität mit der des inneren Klinikers oder mit der des Rhino-Oto-Laryngologen vereinigen soll. Auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen befürwortet er im ganzen mehr die erstgenannte Eventualität.

Das „British Medical Journal“, das diesen Artikel in der Nummer vom 27. März 1909 einer redaktionellen Besprechung unterzieht, sagt mit dürren Worten, dass es sich bei der ganzen Frage darum handelt, wie der Ophthalmolog ein Einkommen erzielen könne, und rät ihm, falls er nicht von den Erträgnissen seiner augenärztlichen Praxis existieren könne, lieber die Oto-Rhino-Laryngologie mit hinzuzunehmen, statt in der allgemeinen Medizin „herumzudilettantieren“, da er in letzterem Falle nicht auf Unterstützung seiner ärztlichen Kollegen rechnen könne. Also vollständig der Standpunkt, der in unserem eigenen Artikel eingenommen ist! —

Körperschaft nicht berühren. Wenn aber die verblendete Behauptung aufgestellt wird, dass alle möglichen Dinge, mit denen die Laryngologie je einmal in Berührung kommt, zu ihrer Domäne gehören, und wenn auf Grund dieser Behauptung Forderungen aufgestellt werden, welche die legitimen Rechte anderer Zweige der Medizin aufs bedenklichste beeinträchtigen und einen berechtigten Sturm des Unwillens aus allen Kreisen unserer Wissenschaft gegen unsere Spezialität als solche heraufbeschwören müssen, — dann ist die Zeit zu einem Worte ernstester Warnung gekommen, und dieser Warnung sind die nächsten Zeilen gewidmet.

Welche Stellung auch immer einige Laryngologen sich persönlich errungen haben mögen, es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass unsere Spezialität als solche keine populäre ist. Die seit fast 30 Jahren sich immer wiederholenden Kämpfe um eine selbstständige und würdige Stellung bei den internationalen Kongressen, die Schwierigkeit, mit der wir nur ganz langsam und allmählich uns eine sehr bescheidene Position an Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen erworben haben, können auch dem optimistischsten Laryngologen keine Illusion über diese Tatsache gelassen haben. Die Heidelberger und Greifswalder Vorgänge im letzten Jahre, die Schilderung, die das British Medical Journal ungefähr gleichzeitig von den gegenwärtigen Zuständen in England entworfen hat, und die in der Januarnummer des Centralblatts wiedergegeben ist, müssen auch dem Vertrauensseligsten gezeigt haben, wie unsicher die Stellung der Laryngologie selbst an den Plätzen ist, wo sie seit vielen Jahren völlig gefestigt erschien. Die neuerliche Agitation für die „Verschmelzung" der Laryngologie mit der Otologie hat — endlich! — wie die verschiedenen Publikationen über diese Frage zeigen, auch in weiteren Kreisen zu derjenigen Beunruhigung über die weitere Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Spezialität geführt, die Fernersehende schon seit lange empfunden haben, deren Warnungsrufe aber stets mit ungläubigem Lächeln aufgenommen worden waren. —

Und diesen Zeitpunkt halten die Heisssporne in unserem Lager für den geeigneten, um mit Forderungen hervorzutreten, die den ganzen Charakter unserer Spezialität von Grund aus verändern, die in rücksichtslosester Weise den Besitz anderer Zweige der Medizin bedrohen, die uns die Sympathien auch unserer Freunde entfremden müssen, während sie den Gegnern Waffen gefährlichster Art in die Hände geben! — Kann selbstmörderische Verblendung weiter gehen? — Als wir im vorigen Jahre hörten, dass der Grund der beharrlichen Opposition der Heidelberger Fakultät gegen jede gedeihliche Entwicklung der Laryngologie an der dortigen Universität der gewesen sei, dass diese Doktrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe, und bei weiterem Fortschritte noch mehr widerstreben würde", da waren wir alle — und derzeit anscheinend mit gutem Recht — entrüstet über die Engherzigkeit, welche aus dieser Begründung zu sprechen schien. Wer von uns aber — Hand aufs Herz — wird angesichts des obigen Programms (das, wie wir hier noch einmal

auf Grund positiven Wissens hervorheben, nicht die Träume eines vereinzelten Enthusiasten, sondern die Ziele einer ganzen Anzahl von Spezialisten darstellt) den Vorwurf der Engherzigkeit aufrecht zu erhalten wagen? — Haben nicht vielmehr die Herren von der Heidelberger Fakultät nunmehr ein gutes Recht, zu sagen, dass sie die eigentlichen, früher nicht eingestandenen, jetzt aber öffentlich proklamierten Ziele der Laryngologie früher erkannt hätten, als die gemässigten Laryngologen selbst; dass sie nach dem Grundsatze „Principiis obsta“ verfahren hätten; dass ihre Pflicht gewesen sei, die ihnen anvertrauten klinischen Institute gegen die Uebergriffe des Spezialistentums zu schützen? —

Und ferner: sehen denn diejenigen, welche so unbedachte Forderungen aufstellen, die mit Notwendigkeit einen grossen und einflussreichen Teil des ärztlichen Standes gegen uns aufbringen müssen, nicht ein, dass sie die geduldigen und wahrlich nicht erfolglosen Bestrebungen jener zunichte machen, die seit vielen Jahren an der Hebung der Stellung der Laryngologie gearbeitet haben? — Wenn künftighin selbst die legitimsten Wünsche behufs Verbesserung unserer Stellung an den Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen vorgebracht werden, so wird ihnen naturgemäss Misstrauen entgegengetragen werden, und die massgebenden Körperschaften werden sich ihnen resolut widersetzen, da sie in ihnen nur Anfänge zu weiteren Forderungen sehen dürften. Der praktische Arzt, der Chirurg, der innere Kliniker, der Ophthalmologe, der Zahnarzt, in deren praktische Tätigkeit die neuen Forderungen so rücksichtslos eingreifen, wird sich besinnen, ob er seine Kranken in einschlägigen Fällen einem Manne anvertrauen soll, der sich zwar noch Spezialist nennt, in Wirklichkeit aber nicht mehr ein solcher ist. — Und welche Stellung soll denn der Vertreter der neuen Disziplin im Lehrfach einnehmen? Soll er auch über die „Adnexa“ und die „Komplikationen“ vortragen, über die Exstirpation der Schilddrüse, die neuroplastischen Operationen am Facialis, die Punktion des Wirbelkanals, die Frakturen der Kiefer, die Chirurgie der Orbita, die Hasenscharten, die paradentären Cysten usw. usw. lesen und dabei auf Schritt und Tritt in das legitime Gebiet des einen oder anderen Kollegen übergreifen? — Kann man wirklich glauben, dass die Betroffenen sich das ruhig gefallen lassen, dass sie nicht Repressivmassregeln ergreifen werden? — Kurzum, es ist der sich hier aufdrängenden Fragen wichtigster Natur kein Ende. Das Ergebnis von dem allen kann nur das sein, dass das für das Gedeihen jeder Spezialität unerlässliche kollegiale Verhältnis Virchow's „gegenseitige Unterstützung“ der einzelnen Fächer aufhört und dass der Kampf aller gegen alle beginnt!

Fürwahr es ist Zeit, dass die Laryngologie sich auf sich selbst besinnt. Die Situation spitzt sich immer mehr zu der Alternative zu: Fortfahren in den natürlich entstandenen, bewährten Bahnen mit Fortschritt entlang den Linien, welche sich aus der Weiterentwicklung der speziellen Technik ergeben, mit freiwilliger Selbstbeschränkung auf

das wirkliche Gebiet der Rhino-Laryngologie, mit harmonischem Zusammenarbeiten mit anderen Zweigen der Medizin, und mit entschiedenster Verteidigung der Selbständigkeit unserer Spezialität oder — „Verschmelzung“ mit der Otologie (resp. „Angliederung“ an dieselbe) dann, in absehbarer Zeit, Versuche, alles was in näherem oder entfernterem Zusammenhange mit unserem Fache steht, an uns zu reissen, immer zunehmende Entfremdung zwischen uns und den Autoritäten der Gesamtmedizin, und immer grössere Entfernung von dem Charakter einer legitimen medizinischen Spezialität. — Die Wahl, dächten wir, sollte nicht zweifelhaft sein. Aber wir stehen am Scheidewege.

III. Die Tätigkeit des Centralblattes im ersten Vierteljahrhundert seiner Existenz.

Das Centralblatt stellte sich bei seiner Gründung die Aufgabe, „einen Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie“ zu bilden. Es wollte es „dem beschäftigten Kehlkopfarzte ermöglichen, sich mit den neuesten Fortschritten unserer Wissenschaft vertraut zu erhalten“ und „den Spezialisten selbst Gelegenheit zum Meinungsaustausch untereinander geben.“

Wie weit ihm dies gelungen ist, soll der folgende Bericht zeigen, der in kurzen Zügen zunächst die wissenschaftliche, dann die sozialpolitische Tätigkeit des Blattes Revue passieren lassen und sich schliesslich mit seinem Schmerzenskinde, dem „Briefkasten“, beschäftigen wird.

1. Die wissenschaftliche Tätigkeit des Centralblattes.

Das Centralblatt hat in den 25 Jahren seiner Existenz 45 935 Referate über kürzere, in Zeitschriften veröffentlichte oder in Versammlungen zur Kenntnis gebrachte Arbeiten gebracht.

Während derselben Zeit sind 329 Lehrbücher, Monographien und grössere Aufsätze kritischen Besprechungen unterzogen worden, die — wie im Prospekt des Unternehmens versprochen — nicht nur aus den Federn der ständigen Mitarbeiter stammen, sondern zum grossen Teile von anerkannten Führern aller Länder, die nicht zu dem regelmässigen Stabe des Blattes gehören, mit dankbarst anzuerkennender Bereitwilligkeit übernommen worden sind.

Die Sitzungen laryngologischer Kongresse und Sektionen sind, wann immer dies angängig war, von den betreffenden Präsidenten oder Sekretären referiert worden, um authentische Berichte zu ermöglichen. Auch diesen Herren gebührt unser bester Dank. — Die Gesamtzahl der Kongresse — abgesehen von den internationalen medizinischen Kongressen, über deren laryngologische Sektionen mit besonderer Ausführlichkeit berichtet worden ist — Gesellschaften, Sektionen, speziellen Zusammenkünfte usw., auf die sich unsere Berichte erstreckt haben, beträgt 36.

Im Beginne jedes Jahrganges ist ein statistischer Bericht über die rhinolaryngologische Literatur des Vorjahres gegeben worden, der die Teilnahme der einzelnen Länder an der Gesamtproduktion illustriert und

interessante Streiflichter auf die Fragen geworfen hat, die zurzeit im Vordergrunde der Arbeit unserer Spezialität standen.

Den in dem verflossenen Vierteljahrhundert verstorbenen Fachgenossen sind, soweit uns bezügliche Information zugängig war, ausführliche oder kürzere Nekrologe gewidmet worden. Der Namen von Louis Elsberg, Ernst Burow, Edouard Fournié, A. Böcker, W. Hack, Rafael Ariza, Rud. Voltolini, Z. Jélenffy, P. O. Michelson, Morell Mackenzie, Franklin Hooper, Johann Schnitzler, Jacob Gottstein, Wilhelm Meyer, Ch. Fauvel, George Johnson, G. Levin, M. I. Oertel, Joseph Michael, Joseph O'Dwyer, A. Kanthack, Carl Stoerk, Max Schaeffer, A. Gonguenheim, Hugo v. Ziemssen, F. Semeleder, C. Gerhardt, Morris Asch, Philip Smyly, Otto Beschorner, Franz Riegel, Philipp Schech, J. A. Killian, W. Spencer Watson, Ottomar Rosenbach, E. Urunuela, Moritz Schmidt, A. v. Tobold, Leopold v. Schroetter und von den nicht zur engeren Laryngologie gehörenden, aber um dieselbe hochverdienten Rudolf Virchow, Eugen Hahn, A. G. Guye, Joh. v. Mikulicz, E. v. Bergmann, und vor allen: des Vaters der Laryngologie, unseres unvergesslichen Manuel Garcia — muss hier dankbar und trauernd gedacht werden. Sie alle haben zur Entwicklung der Laryngologie Wesentliches, viele von ihnen Massgebendes beigetragen. Es ziemt sich, dass bei einer Gelegenheit, wie der gegenwärtigen, die Erinnerung an ihr Wirken bei den Lebenden erneuert wird. —

Abgesehen von seiner ständigen Tätigkeit hat das Centralblatt periodisch wissenschaftliche Fragen von aktuellem Interesse in den Kreis seiner Tätigkeit gezogen.

Der wichtigste Beitrag, den es in dieser Beziehung geleistet hat, ist die internationale Sammelforschung, die es im Jahre 1887 zur Lösung der Frage unternahm, ob tatsächlich, wie damals behauptet wurde, gutartige Kehlkopfgeschwülste nicht selten einen bösartigen Charakter infolge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes annehmen. Dank der Unterstützung, welche uns von 105 der hervorragendsten Laryngologen der Welt durch Mitteilung ihrer einschlägigen Erfahrungen zu Teil wurde, konnte diese Frage auf Grund eines grossartigen Materials und kritischer Sichtung desselben mit voller Bestimmtheit verneinend beantwortet werden. Neben ihrem Hauptzweck förderte die Sammelforschung eine Fülle lehrreichster Ergebnisse bezüglich der Symptome, Diagnose, Pathologie und Therapie des Kehlkopfkrebses zutage, welche von dauerndem Wert für die Erkennung und Behandlung dieser Krankheit geblieben sind.

Von anderen wissenschaftlichen Fragen, welche Gegenstand ausführlicher Erörterungen gewesen sind, seien genannt: „Ueber die Titel laryngologischer und rhinologischer Publikationen“ (1884). „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. und die Laryngologie“ (1888). „Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs“ (1890). „Das Tuberkulin in der

Laryngologie“ (1891). „Der Unterricht in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1892). „Literarische Ethik“ (1894). „Die anatomische Nomenklatur (1895). „Die Königliche Universitätsklinik und -poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“ (1901). „Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesamtmedizin“ (1903). „Was leistet die heutige Laryngologie?“ (1903). „Ueber die Beziehungen von Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften“ (1904). „Ueber die Urheberschaft der Laryngoskopie (1906). „Die rhino-laryngologische Ausstellung zu Ehren von B. Fränkel's 70. Geburtstag“ (1907). „Die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten“ (1908). — Ausserdem sind verschiedene Aufsätze veröffentlicht worden, die gemischt-wissenschaftlichen und sozialpolitischen Inhalts waren, bei denen aber das letztgenannte Element das wichtigere war. Dieselben sollen daher im nächsten Abschnitt Erwähnung finden.

2. Die sozialpolitische Tätigkeit des Centralblattes.

Im Prospekt des Centralblattes wurde es als eine der ersten Aufgaben des Unternehmens bezeichnet, den Lesern in einer Serie von Leitartikeln ein möglichst objektives Bild von der Stellung, welche die Laryngologie im Jahre 1884 in den verschiedenen grossen Kulturländern einnahm, zu geben. Diese Aufgabe wurde in den Jahren 1884—1887 erfüllt, und die Summe der verschiedenen, aus kompetenten Federn stammenden Berichte in dem Leitartikel der Augustnummer 1887 „Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie“ gezogen. Wenn heute — wie dies gar nicht unwahrscheinlich ist — der Vorwurf der Schwarzseherei gegen uns erhoben werden sollte, so brauchen wir nur auf diesen Artikel zu verweisen. Er zeigt, dass wir schon damals, vor 22 Jahren, die Gefahren, welche der Entwicklung der Laryngologie drohten, klar erkannt haben. Diese Gefahren haben sich seither verwirklicht. — Belehrenden Aufschluss über die äusseren Veränderungen, die in der Stellung der Laryngologie bei den einzelnen Nationalitäten zwischen 1884 und 1908 vor sich gegangen sind, gibt ein Vergleich der früheren Schilderungen mit dem im vorigen Jahre im Centralblatt veröffentlichten, bereits erwähnten Artikel aus der Feder des Kollegen Sendziak.

Kaum 2 Jahre nach der Gründung des Centralblattes wurde es unsere unliebsame Pflicht, gegen die Willkürlichkeit Verwahrung einzulegen, mit welcher die Laryngologie gelegentlich des internationalen Kongresses in Washington behandelt wurde. Dies war nur der Anfang eines periodisch wiederkehrenden Kampfes um die Selbständigkeit und würdige Stellung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten. Nur in Berlin (1890) und in Budapest (1909) wurde uns eine solche Stellung widerstandslos bewilligt; bei allen anderen internationalen Kongressen galt es, unsere Position immer von neuem wieder, nicht selten gegen erbitterten Widerstand, zu erringen. In allen diesen Kämpfen hat das

Centralblatt, unterstützt von hervorragenden Laryngologen und laryngologischen Gesellschaften aller Länder, sowie später auch von einflussreichen nichtspezialistischen Fachgenossen und medizinischen Journalen die Fahne der Laryngologie hochgehalten und fast ausnahmslos zum Siege geführt. Bei der einzigen Gelegenheit (Lissabon 1906), bei welcher sich die lokalen Autoritäten hartnäckig unseren Gründen verschlossen, errangen sie nur einen Pyrrhussieg. Die Laryngologen enthielten sich der Teilnahme an einem Kongresse, bei dem ihnen keine würdige Stellung eingeräumt wurde, und die für sie bestimmte „Subsektion“ war ein vollständiges Fiasko.

Aus dem immer wiederholten Drängen der Kongressautoritäten auf die Verschmelzung der Laryngologie mit der Otiatrie bei diesen Gelegenheiten, und aus der in der Praxis immer häufiger werdenden Vereinigung der beiden Spezialitäten in denselben Händen erwuchs nun allmählich das Bestreben, beide auch wissenschaftlich miteinander zu verbinden, so gering die wissenschaftlichen Grundlagen auch waren, auf welche sich diese Forderung stützte. Das Centralblatt sah die aus diesem Bestreben für die Selbständigkeit der Laryngologie erwachsene Gefahr schon lange voraus und bekämpfte sie, ehe es in dieser Frage zu der gegenwärtigen allgemeinen Diskussion kam. Schon vor 10 Jahren wurde die Frage der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei internationalen Kongressen und ähnlichen Gelegenheiten eingehend besprochen (Centralblatt 1899, Juni, Juli, August) und der Standpunkt vertreten, den wir auch heute noch einnehmen und der in den Ausführungen des gegenwärtigen Artikels gipfelt. — Im Verfolg der Anregung, welche die Leitartikel des Jahres 1899 gaben, nahm die Mehrzahl der damals existierenden laryngologischen und otologischen Gesellschaften Stellung zu der Frage, und die fast einstimmige Ansicht derselben ging damals dahin, dass es „den Interessen beider Spezialitäten am besten entspräche, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, voneinander getrennter Sektionen bei den internationalen medizinischen Kongressen vertreten sind.“ (Centralblatt, Juli 1900.)

Aber hierbei blieb die Frage nicht ruhen. Im Jahre 1905 hatten sich die Ansichten der Spezialisten mehrerer Länder geändert; es kam zur offenen Spaltung zwischen den Anhängern der weiteren getrennten Existenz und der Verschmelzung beider Sektionen. In einer Serie von Leitartikeln, betitelt: „Internationale laryngologische Zusammenkünfte“ (Juni, Juli, Oktober 1905) und in Gestalt des Abdrucks von B. Fränkel's in der ersten Sitzung der neubegründeten Deutschen laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Rede: „Die Zukunft der Laryngologie“ (Oktober 1905) kam das Centralblatt auf die immer brennendere Frage der gegenseitigen Beziehungen beider Spezialitäten zurück und legte von neuem die Uebelstände dar, die sich mit Sicherheit aus einer Verschmelzung beider Spezialitäten bei den internationalen Kongressen und ähnlichen Gelegenheiten ergeben würden. Der Wirrwarr zu jener Zeit war auf

seinem Höhepunkte angelangt und die törichte Hartnäckigkeit des Lissaboner Comités, die es den Laryngologen unmöglich machte, an dem dortigen internationalen Kongresse teilzunehmen, zwang auch diejenigen, die bis dahin aufs Wärmste für das Festhalten unserer Spezialität an den allgemeinen internationalen Kongressen eingetreten waren, in Zukunft die Abhaltung internationaler Spezialkongresse in Aussicht zu nehmen.

Der erste derselben hat im vorigen Jahre im Anschluss an die Türck-Czermakfeier stattgefunden und ist von glänzendem Erfolge gekrönt gewesen. Aber auch in ihn sind die Schatten der drohenden Vergewaltigung der Laryngologie seitens der Otologie gefallen, wie aus den Artikeln des Centralblattes: „Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongress“ (Juli und August 1908) und aus dem Abdruck der Jurasz'schen Rede: „Die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresse“ (August 1908) erhellt.

Kurz darauf fiel tatsächlich der erste Schlag. Die Universität Heidelberg, eine der anscheinend sichersten Vesten der Laryngologie, gliederte bei dem Abgang des bisherigen Vertreters dieser Wissenschaft von seinem dortigen Posten die seit über 30 Jahren selbständig bestandene laryngologische Klinik der otologischen an, und übertrug die Leitung des kombinierten Instituts dem bisherigen Vorstand der otologischen Klinik. Was die gesamte Laryngologie bei dieser Entwicklung der Dinge empfand, ist im Leitartikel des Centralblattes: „Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg“ (Oktober 1908) gesagt worden.

Bald nachher erweckte die Erteilung des Lehrauftrags für Laryngologie an der Universität Greifswald an einen Otologen neue Besorgnis. Inzwischen waren hauptsächlich von den Herren Passow, Barth und Kümmel direkte Vorschläge zur definitiven Verschmelzung der beiden Spezialitäten gemacht worden, denen B. Fränkel, Chiari, P. Heymann, Bloch, Lucae durchaus ablehnend entgegengetreten sind.

Glücklicherweise waren es nicht ausschliesslich so unerfreuliche Verhältnisse, wie die im letzten Abschnitt besprochenen, mit denen sich die sozialpolitische Tätigkeit des Centralblattes zu beschäftigen hatte. Von kleineren Dingen abgesehen, war es besonders die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, zu der es nach dem Hinscheiden des verdienten Mannes im Jahre 1895 anregte, und dessen Enthüllung am 25. Oktober 1898 erfolgte, sowie die unvergessliche Feier des 100jährigen Geburtstages Manuel Garcia's am 17. März 1905, die seiner Initiative ihren Ursprung verdanken, und deren glänzender Erfolg auf sozialpolitischem, ebenso wie der Erfolg der „Sammelforschung“ auf wissenschaftlichem Gebiete zu den unvergesslichen Erinnerungen unseres Blattes gehören.

3. Der „Briefkasten“ des Centralblattes.

Wir haben oben den Briefkasten das „Schmerzenskind“ des Centralblattes genannt. Wenn man unter dieser Bezeichnung das Scheitern einer Lieblingsidee verstehen will, auf die man grosse Hoffnungen gesetzt

und die man ausdauernd, aber erfolglos zu verwirklichen gesucht hat, so trifft sie auf unseren Briefkasten zu. Dem Wortlaut des Prospekts zufolge sollten „in einem „Briefkasten der Redaktion“, welcher nach Art der grossen englischen medizinischen Blätter geleitet werden soll, interessante Personalien, wissenschaftliche und praktische Anfragen, Bitten an die Kollegen um Gewährung von Material zu grösseren statistischen Arbeiten, Vorschläge zur Prüfung neuer Mittel und Methoden, individuelle Ansichten über Tagesfragen etc. ihren natürlichsten Ausdruck und die schnellste und allgemeinste Verbreitung finden“.

Zur Zeit der Gründung des Centralblattes fehlte es gänzlich an einem solchen Mittelpunkt für Meinungsaustausch. Es schien nicht unvernünftig, zu erwarten, dass gerade dieser Punkt unseres Programmes von den Laryngologen aller Länder freudig begrüsst, und dass von der nunmehr dargebotenen Gelegenheit ein allgemeiner und immer häufigerer Gebrauch gemacht werden würde. Leider haben wir uns hierin getäuscht! —

25 Jahre sind ins Land gegangen, das Centralblatt hat sich — wie dies die im Anfange dieses Jahres ihm so gütig dargebrachte Anerkennung erwiesen hat —, in der Tat zu einem Mittelpunkt der Laryngologie aufgeschwungen; aber die Heranziehung der Leser zur öffentlichen, persönlichen Teilnahme an den Fragen, welche unsere Spezialität bewegen, seien dieselben wissenschaftlicher oder sozialpolitischer Natur, ist missglückt. — Immer wieder haben wir bei der redaktionellen Besprechung von Tagesfragen, von denen man wusste, dass die Meinungen über sie innerhalb der Spezialität selbst weit auseinandergingen, den Briefkasten zur Verfügung der Leser gestellt, haben bei Fragen, in denen der redaktionelle Artikel eine besondere Ansicht vertrat, direkt darum gebeten, dass die Anhänger abweichender Anschauungen dieselben im Briefkasten zum Vortrage bringen sollten. Wie selten ist das aber geschehen!

Es ist von jeher das Unglück des ärztlichen Standes gewesen, dass derselbe kein richtiges Bewusstsein für die Stärke vereinten Vorgehens gehabt hat, dass der Einzelne den wichtigsten Standes- und Tagesfragen gegenüber entweder völlig gleichgültig geblieben ist, oder ihnen im besten Falle ein kühles akademisches Interesse hat zuteil werden lassen. Die Laryngologen haben diese allgemeine Erfahrung leider auch in ihrer Sphäre bestätigt, sind der Meinung gewesen, dass, wenn immer wieder Standesfragen wichtigster Art ihnen vorgelegt wurden, dieselben eigentlich nur die „Herren Professoren“ interessierten, haben offen dagegen rebelliert, wenn bei allgemeinen Zusammenkünften Fragen solcher Art überhaupt nur auf die Tagesordnung gesetzt und besprochen wurden. — So ist auch von der goldenen Gelegenheit, die ihnen im Briefkasten des Centralblattes geboten wurde: öffentliche Fragen durch Erörterungen des Für und Wider ihrer Lösung näher zu führen, im Verlaufe der bisherigen Existenz des Centralblattes leider nur sehr, sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Ein paar Male haben wohl Kollegen das Wort bei

solchen Gelegenheiten ergriffen; im ganzen aber hat der „Briefkasten“ nicht entfernt die Bedeutung errungen, die bei der Gründung des Blattes für ihn erhofft wurde. Schliesslich hat sich seine Funktion mehr oder minder auf Mitteilung von Personalnachrichten, vorläufige Mitteilungen über Kongresse u. dergl. beschränkt. Wir möchten dem innigen Wunsch Ausdruck verleihen, dass im zweiten Vierteljahrhundert der Existenz des Centralblattes die Nützlichkeit eines solchen Mittelpunkts für Aussprache unter den engeren Fachgenossen besser erkannt werden möge, als dies im ersten der Fall gewesen ist! —

IV. Die Aufgaben der Laryngologie für die nächste Zukunft.

Es wäre vermessen, ein definitives Programm für die wissenschaftliche Tätigkeit der Laryngologie in der Zukunft aufzustellen. Der Fortschritt einer Wissenschaft vollzieht sich nur teilweise in Gestalt ruhigen Ausbaus ihrer einzelnen Kapitel. Oft genug eröffnen völlig unerwartete Entdeckungen und Erfindungen Fortschritte in Gebieten, an die früher niemand überhaupt gedacht hat. Gute Beispiele hiervon in unserer eigenen Sphäre im Laufe der letzten 25 Jahre sind die Einführung der lokalen Anästhetica und des Adrenalins, die Lehre von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, die Organotherapie, die Serumbehandlung, die Paraffinprothesen, die Entdeckung der Röntgenstrahlen, die direkten Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Bronchien, den Oesophagus. An jede dieser Neuerungen hat sich lebhafte wissenschaftliche Arbeit und ungeahnte Entwicklung unseres Könnens angeschlossen. So wird es hoffentlich auch in der Zukunft gehen.

Wenn wir es überhaupt unternehmen, hier einige wenige Themata namhaft zu machen, in welchen weitere Untersuchungen geboten erscheinen, so geschieht dies nur aus dem Grunde, dass wir den ungeduldigen Jüngeren, welche das legitime Gebiet der Rhino-Laryngologie für eine mehr oder minder abgegraste Weide halten und nach Lorbeern in zu annektierenden Ländern streben, zu zeigen, wie viel noch auf unserem eigenen Felde zu tun bleibt, welch' reiche Ausbeute für wissenschaftlichen Ehrgeiz hier noch zu holen ist.

Beginnen wir mit der Nase, so ist die Skiagraphie der Nebenhöhlen ein eben erst erschlossenes Gebiet, die Therapie des Schnupfens, der Ozaena, des Heufiebers dankenswerteste Objekte für praktische, die Pathologie der drei genannten Affektionen für wissenschaftliche Untersuchungen. Die Methoden der Operationen für die Empyeme der Nebenhöhlen sind nichts weniger als abgeschlossen.

Im Pharynx haben wir die akuten septischen Infektionen, die nach allen Richtungen hin weiteren Studiums bedürfen. Vor allen Dingen gilt dies von der Pneumococcusinfektion des Halses, deren Kenntnis eben erst erschlossen ist, und die ein äusserst dankbares Gebiet für weitere Forschungen darstellt. Ebenso bedürfen die chronische Hyperplasie der Schleimhäute

der oberen Luftwege, das Sklerom, die angioneurotischen Oedeme eingehenden weiteren Studiums. Dasselbe gilt von der Vincent'schen Angina, vom Pemphigus, vom Lichen planus. Dringend sind ferner weitere Untersuchungen über die Wirksamkeit der verschiedenen Lichtarten (Sonnenlicht, Finsenlicht, ultraviolette Strahlen etc.) und über die Radiotherapie zu wünschen.

Im Kehlkopf und in den tieferen Luft- und Speisewegen haben uns die Killian'schen Methoden ein völlig neues Feld erschlossen, in dem noch viel Wichtiges zu finden sein wird. Die Methoden der Stenosenbehandlung sind durch die Einführung der Laryngostomie eben erst in ein neues Stadium getreten. Völlig unbekannt ist noch die Pathologie der chronischen infektiösen Entzündungen, die in seltenen Fällen das Bild eines infiltrierenden Kehlkopfcarcinoms vortäuschen. Im Gebiet der Nervenlehre des Kehlkopfs ist noch viel zu holen. So dankenswert die fleissigen Arbeiten sind, die im Laufe der letzten 25 Jahre unsere Detailkenntnisse bereichert haben, so sind viele der wichtigsten anatomischen, physiologischen und pathologischen Fragen noch unerledigt. Wenn auch in den letzten Jahren das Zünglein der Wage sich entschieden zu Gunsten der Anschauung geneigt hat, dass der Ursprung der motorischen Kehlkopfnerven im Nucleus ambiguus des Vagus zu suchen ist, so ist doch diese Frage noch nicht vollständig befriedigend gelöst; völlig offen ist die Frage einseitiger kortikaler Kehlkopflähmungen; ganz unbeantwortet die nach dem Grunde der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer bei organischen Lähmungen; die kürzlich von Neuem verfochtene Behauptung, dass die Kehlkopflähmungen bei der Tabes peripheren Ursprungs seien, bedarf gründlichster Nachprüfung. Auf den meisten dieser Gebiete hat sich seit einer Reihe von Jahren die Forschung mit Vorliebe auf experimentellem Grunde bewegt. Dringend ist zu wünschen, dass bei weiterer Untersuchung die klinische Beobachtung und vor allen Dingen, die pathologische Anatomie mehr zu ihrem Rechte kommen mögen! —

Die genannten sind nur einige wenige Beispiele, welche zeigen, wie viel noch in der legitimen Sphäre der Rhino-Laryngologie zu tun bleibt. Ihnen schliessen sich die zahllosen Fragen auf den sogenannten „Grenzgebieten" an, die seit einer Reihe von Jahren die Aufmerksamkeit der Laryngologen beschäftigt haben, und deren weitere Förderung das Ansehen der Laryngologie nur heben kann, so lange sich an unsere Ergebnisse nicht das Verlangen schliesst, dass alles, das mit der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf in irgend einer Verbindung ist, uns gehören soll. —

Dass abgesehen von den genannten zahllose Fragen auf unserem Gebiete existieren, deren Erforschung Gegenstand dankenswertester Forschung bildet, beweist ein Blick auf die Titel zeitgenössischer Beiträge in den Spezialorganen der verschiedensten Länder.

Wenden wir uns nunmehr zu einer Betrachtung unserer sozialpoltischen Aufgaben für die nächste Zukunft, und erwägen wir zunächst die

augenblickliche Stellung der Laryngologie, so befinden wir uns gegenüber einer Situation seltsamster und schwierigster Art.

Seit fünfzig Jahren hat sich unsere Spezialität wissenschaftlich in stetem Fortschritt entwickelt. Den ihr noch vor 25 Jahren verächtlich gemachten Vorwurf der Unbedeutendheit hat sich durch ungeahnte Fortschritte in ihrem Wissen und Können entkräftet. Statt aber dass diese Entwicklung ihr in der Gunst der Autoritäten genützt haben sollte, ist paradoxer Weise gerade das Gegenteil davon eingetreten! — Verweigerte man uns vor 25 Jahren das volle Bürgerrecht im Kreise der anerkannten Spezialitäten, weil wir angeblich zu unbedeutend waren, so sucht man jetzt unsere legitime Entwicklung zu beschränken, weil man uns fürchtet! — Gleichzeitig hiermit sucht die Otologie, die an unserer wissenschaftlichen Entwicklung nur sehr geringfügigen Anteil genommen hat, uns zu absorbieren, wenn auch dieses Wort nicht für die vorgeschlagene Vereinigung gebraucht wird. Und während wir von zwei Seiten so in unserer Existenz bedroht sind, glaubt eine Anzahl von Heisssporнen den Augenblick gekommen, um eine Ausdehnung für unsere Spezialität zu fordern, die völlig ausserhalb der legitimen Sphäre derselben liegt, und mit Notwendigkeit die Zahl unserer Gegner vermehren muss! — Ist ein grösserer Wirrwar denkbar? —

Es ist nicht leicht zu sehen, wie Besserung erzielt werden soll.

Aber der Versuch muss gemacht werden: die Sache verlohnt es! —

Das Erste und Notwendigste erscheint uns, dass die Laryngologen selbst realisieren, wie die Sache steht, dass es sich um einen Kampf für unsere selbstständige Existenz handelt, dass es die Pflicht jedes Einzelnen ist, mitzukämpfen, nicht den Kampf einigen Führern zu überlassen, und sich mit dem Gedanken zu beruhigen, dass dieselben schon das Nötige tun würden! — Mit dem Gedanken gehen die besten Sachen verloren! — Jetzt heisst es nicht: „jeder für sich, und Gott für uns alle", sondern „Gott hilft denen, die sich selber helfen"!

Von einem allgemeinen internationalen Vorgehen erwarten wir nichts. Einmal sind, wie schon verschiedentlich in diesem Blatte auseinandergesetzt worden ist, die offiziellen Verhältnisse in den verschiedenen Ländern zu verschieden, als dass ein Kollektivschritt überhaupt denkbar wäre; zum andern gehen auch die Ansichten über die Rätlichkeit des getrennten Bestehenbleibens resp. der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in den verschiedenen Ländern, wie dies die Verhandlungen bei Gelegenheit der Garciafeier gezeigt haben, zu weit auseinander, als dass auf eine internationale Zustimmung zu den Ansichten derjenigen zu rechnen wäre, welche die Weiterentwicklung der Laryngologie in ihren selbstständigen Bahnen wünschen.

Wohl aber bietet der bevorstehende internationale medizinische Kongress zu Budapest eine sehr erwünschte Gelegenheit zur Aussprache über die internationale Seite der Frage der Zukunft der Laryngologie und andere Fragen von internationalem Interesse.

Dass von laryngologischer und otologischer Seite ein ernsthafter Versuch gemacht werden wird, die laryngologischen und otologischen Sektionen der internationalen medizinischen Kongresse mit einander bei späteren Kongressen zu verschmelzen, ist nicht eben wahrscheinlich, wenn auch nicht ganz ausgeschlossen. Die Tatsache, dass durch eine solche Verschmelzung die Arbeitsleistung beider Sektionen mit Notwendigkeit auf die Hälfte hinabgedrückt werden würde, bildet ein zu unwiderlegliches Argument, als dass selbst die Anhänger der Fusion warm für sie eintreten könnten. Dagegen wird es von grösster Wichtigkeit sein, dass, falls eine Abstimmung über die Frage stattfinden sollte, ob ein permanentes internationales Comité eingerichtet werden solle, das in Zukunft für eine grössere Kontinuität der internationalen Kongresse zu sorgen hätte, als eine solche bisher bestanden hat (vergl. Centralbl. XXIV, S. 524), — die Laryngologen an der betreffenden Sitzung teilnehmen und für die Niedersetzung eines solchen Comités stimmen. Anderen Falles setzen sie sich der Möglichkeit aus, schon bei dem nächsten internationalen Kongresse wieder dieselben demütigenden Kämpfe um ihre Stellung durchmachen zu müssen, über welche wir seit fast 30 Jahren so unliebsame Erfahrungen gemacht haben! — Die Gleichberechtigung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit anderen Spezialitäten darf nicht weiterhin lokalen Zufälligkeiten oder der Willkür kleiner Tyrannen überlassen bleiben! —

Ebenso ist es dringend wünschenswert, dass, wenn die Frage zur Abstimmung kommt, in welchen Zwischenräumen in Zukunft die internationalen medizinischen Kongresse abgehalten werden sollen, die Laryngologen für den vierjährigen Turnus stimmen, da auf diese Weise ein befriedigender Modus vivendi zwischen den allgemeinen und den speziellen internationalen Kongressen erzielt wird. Entschliessen sich nämlich die allgemeinen Kongresse zu einem vierjährigen Turnus, so können wir einmal als besonderer Kongress, einmal als Sektion des allgemeinen internationalen Kongresses, alle zwei Jahre international tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bleibt ein freies Jahr (vergl. Centralbl. XXV, S. 49). — Von der Entscheidung dieser Frage wird es wiederum teilweise abhängen, wann der nächste internationale laryngologische Kongress stattfinden soll[1]). So bestimmt wir an unserer Ueberzeugung festhalten, dass den allseitigen Interessen am besten dadurch gedient wird, dass die Laryngologie in innigem Zusammenhange mit den allgemeinen Kongressen

1) Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass der bisherige Herausgeber des Centralblattes beabsichtigt, bei seinem Rücktritt von der Teilnahme am aktiven Leben der Laryngologie die ihm im vorigen Jahre beim Wiener Kongresse verliehene Ehrenstellung als Mitglied und Einberufer des damals niedergesetzten internationalen Comités für die Abhaltung weiterer laryngologischer Spezialkongresse auf den derzeitigen offiziellen Vertreter des Faches in Grossbritanien, den Präsidenten der laryngologischen Sektion der Royal Society of Medicine zu London, Dr. Dundas Grant, zu übertragen. Erhebt sich kein Widerspruch, so wird er annehmen, dass diese Absicht allgemeine Zustimmung gefunden hat.

bleibt, so macht es doch die Unsicherheit der gegenwärtigen Situation durchaus erforderlich, dass wir wenigstens einen sicheren Ankerpunkt inmitten des allgemeinen Wirrwars besitzen.

So wenig endlich eine offizielle Beschlussfassung in der folgenden Frage denkbar ist, so wäre es doch sehr wünschenswert, wenn gelegentlich unserer Budapester Zusammenkunft die Stimmen derjenigen ein wenig lauter erklängen, die sich im Privatverkehr deutlich genug über die immer zunehmende Vermehrung der Spezialjournale beklagen, welche die schon jetzt übergrosse Zersplitterung vergrössert, die Redaktionen zwingt, alle mögliche Spreu zu veröffentlichen, die literarische Arbeitslast der Spezialisten bedenklich vermehrt, ihnen immer grössere pekuniäre Opfer auferlegt. — Es ist eine delikate Aufgabe für ein älteres Spezialjournal, diese Frage überhaupt zur Sprache zu bringen, da der Einwurf des Brotneids so nahe liegt. Wenn wir aber mit Sendziak (Centralblatt XXIV, S. 166) die Zahl der jetzt praktizierenden Hals-, Nasen- und Ohrenärzte der Welt auf 5000 veranschlagen und dieser Zahl die Tatsache gegenüberstellen, dass in diesem Augenblicke nicht weniger als 40 Spezialjournale veröffentlicht werden, mit anderen Worten, dass ein Spezialjournal auf je 125 Spezialisten kommt, so reden, denken wir, diese Zahlen eine so deutliche Sprache, dass ihnen gegenüber jede Insinuation persönlicher Motive verstummen muss, und dass eine Warnung gegen weitere Zunahme eines so offenbaren Missstandes durchaus geboten ist. —

Somit bietet sich eine ganze Anzahl von Fragen, die mit Vorteil im internationalen Kreise erörtert werden können. Die Hauptfrage aber, die nach der weiteren Gestaltung der Laryngologie, muss innerhalb der Grenzen jedes einzelnen Landes ausgefochten werden. Und hier erscheint uns als einziges, wirklich Erfolg versprechendes Mittel: gemeinsames Vorgehen derjenigen, die eine Entwicklung der Spezialität in ihren alten Bahnen wünschen. Es ist ja bereits eine Anzahl von sehr beachtenswerten Aufsätzen aus den Federn einzelner Führer erschienen. Dieselben haben die Gründe entwickelt, aus denen es wünschenswert ist, der Laryngologie ihre Selbständigkeit zu erhalten, und haben die Gründe der Gegner widerlegt. Aber diese Aufsätze erreichen naturgemäss doch nur ein mehr oder minder beschränktes Publikum. Vor allem ist keine Sicherheit geboten, dass sie überhaupt denjenigen zu Augen kommen, bei denen in letzter Linie die Entscheidung über die zukünftige Gestaltung der Laryngologie liegt, d. h. den einschlägigen Ministerialbehörden und den Fakultäten. Es ist durchaus notwendig, dass diesen beiden Autoritäten eine klare Einsicht in die Sachlage geboten wird. Wenn sie sehen, dass sich in diesem Augenblicke zwei Richtungen gegenüberstehen, von denen die eine das Ziel der Laryngologie in einem Fortschreiten in den alten Bahnen und im harmonischen Zusammenarbeiten mit den anderen Zweigen der Medizin erblickt, während die andere zunächst auf „Angliederung" der Laryngologie an die Otologie, dann aber auf ungemessene Ausdehnung beider und Usurpation aller möglicher mit der Nase, dem Hals und dem Ohr in irgend

welchem Zusammenhange stehender Gebiete drängt, so kann es, unseres Erachtens, nicht zweifelhaft sein, dass die erstgenannte Richtung sich grösserer Sympathien zu erfreuen haben wird als die zweite.

Unser Rat geht also dahin, dass sich in den bedrohten Ländern die offiziellen Vertreter und Docenten der Laryngologie an den Universitäten ohne Verzug zusammentun und den einschlägigen Behörden die Situation klarmachen mögen, sei dies in Form einer Denkschrift, einer Deputation, einer Adresse einer laryngologischen Gesellschaft oder einer Kombination von mehreren von diesen Mitteln. In allen diesen Vorlagen sollte Nachdruck auf die bisherige Entwicklung und auf die hauptsächlichsten Leistungen der Rhino-Laryngologie gelegt und gezeigt werden, dass wissenschaftlich kein Vorteil, weit wahrscheinlicher das Gegenteil von einer Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie zu erwarten sei. Auch sollte mit Nachdruck auf die bisherige bedauerliche Bevorzugung der Otologen bei der Besetzung gemeinsamer Lehrstühle für Rhino-Laryngo-Otologie an kleineren Universitäten hingewiesen und die feste Hoffnung ausgesprochen werden, dass im Interesse gedeihlicher Weiterentwicklung der Laryngologie in Zukunft das Prinzip der Gleichberechtigung beider Spezialitäten bei der Besetzung solcher Stellen befolgt werden würde. Ob daneben eine allgemeine Petition in gleichem Sinne der Laryngologen des betreffenden Landes angezeigt ist, muss dem Ermessen der Betreffenden überlassen bleiben. Eine Vorstellung, wie die vorgeschlagene, an die Fakultäten ist um so dringender indiziert, als, wie wir aus guter Quelle erfahren, wenigstens an eine Fakultät bereits ein Memorandum im gegenteiligen Sinne abgegangen ist. Es ist also Gefahr im Verzuge! —

Dass daneben jeder einzelne Laryngologe, der unsere Anschauungen teilt, die Pflicht hat, bei sich darbietender Gelegenheit einflussreiche Persönlichkeiten über die Sachlage aufzuklären, und dass er auf diese Weise unserer Sache äusserst nützliche Dienste erweisen kann, ist selbstverständlich. Noch einmal wiederholen wir, dass nichts schädlicher ist, als die Vorstellung mancher nicht im Lehramt tätiger Laryngologen, dass die ganze in diesem Artikel behandelte Angelegenheit eigentlich nur eine „Professorenfrage“ sei, und die privaten Laryngologen nichts anginge. Auch sie würden es nur zu bald in ihrer ganzen Stellung merken, wenn die Laryngologie ihrer Selbständigkeit beraubt werden sollte!

Wir fordern somit zum energischsten Widerstande gegen die uns angedrohte Vergewaltigung auf der ganzen Linie auf und wiederholen: Gott hilft denen, die sich selber helfen! —

V. Ein Abschiedswort.

Es sei mir vergönnt, in diesem letzten Abschnitt ganz persönlich zu sprechen.

Wenn Männer in reiferen Jahren sich einer Bewegung entgegenstemmen, in der ein Teil der jüngeren Generation sein Heil sucht, so müssen sie

darauf gefasst sein, als Reaktionäre bezeichnet zu werden. Man spricht dann wohl von ihnen als „verdienten älteren Herren“, womit man höflich zu verstehen gibt, dass sie hinter dem Fortschritt der Zeit zurückgeblieben seien, und eigentlich in ein Museum für Fossilien gehörten.

Es sollte mich nicht wundern, wenn der vorstehende Aufsatz ähnlicher Kritik anheimfiele, und wenn mit bedauerndem Achselzucken erklärt würde, der Autor habe ja zur Zeit, als er selbst noch ein junger Mann gewesen sei, in den Reihen der Fortschrittler gefochten und habe einiges ganz Verdienstliches geleistet. Später aber, als er zu Amt und Würden gekommen sei, sei er verknöchert, sei nicht mehr im Stande gewesen, einer neuen Bewegung seine Sympathien entgegenzubringen, habe sich hartnäckig darauf versteift, dass es immer im alten ausgetretenen Geleise weiter gehen müsse, und bedrohe nunmehr diejenigen, welche trotz seiner Kassandrarufe auf der von ihnen als richtig erkannten Bahn weiterschritten, in langatmigen Artikeln mit allerhand nur in seiner Einbildung existierenden Konsequenzen, wenn sie nicht von ihrem Tun abliessen. —

Von dieser ganzen Kritik würde ich nur den Vorwurf der Langatmigkeit als begründet anerkennen. Dieser Artikel ist mir in der Tat unter den Händen zu einer weit grösseren Länge angeschwollen als ich sie beabsichtigt hatte, und ich fürchte, dass diese Länge der von mir vertretenen Sache schaden mag, indem sie vielleicht manche Leser von einer aufmerksamen Lektüre abschreckt, während ich doch nicht sehe, wie ich Kürzungen vornehmen kann, ohne wichtige Dinge unbesprochen zu lassen. Die ganze Frage ist eben so umfangreich und bietet so viele verschiedene Gesichtspunkte dar, dass sie nicht in Kürze abgehandelt werden kann, und da es das letzte Mal ist, dass ich als Herausgeber dieses Blattes zu meinen Lesern spreche, und in der Tat gern alles sagen wollte, was ich bezüglich ihrer auf dem Herzen habe, so wird man mir, wie ich hoffe, meine Ausführlichkeit vergeben.

Im übrigen aber würde mich eine Kritik, wie die obige, ganz kalt lassen, da ich mir bewusst bin, dass sie falsch ist.

Niemand kann sich klarer darüber sein, als ich es bin, dass die Wissenschaft niemals still steht, und niemand kann sich mehr darüber freuen, als ich es tue. Während meiner ganzen Laufbahn habe ich jeden wahren Fortschritt auf unserem Gebiete mit aufrichtiger Sympathie begrüsst und das meine dazu getan, ihm die Pfade zu ebnen. Auch wenn ich mich aus der Arena zurückgezogen haben werde, wird nichts mir grössere Freude machen, als zu sehen, welche weitere Fortschritte unsere Spezialität in wissenschaftlicher und sozialpolitischer Beziehung macht. Es ist ein Zeichen von Senilität, wenn man glaubt, dass ein Abschluss wissenschaftlicher Forschung oder sozialpolitischer Entwicklung in dem Augenblick erfolgen muss, in dem man selbst aufhört, in der vorderen Reihe der Kämpfer zu stehen, und von solcher Senilität verspüre ich keine Zeichen an mir.

Aber andererseits habe ich lange genug in der Welt gelebt und

Erfahrungen genug gesammelt, um gelernt zu haben, dass nicht alles, was neu ist, notwendigerweise ein Fortschritt ist! — Wie wir heute über die Moden vergangener Jahrhunderte lächeln, die ohne Zweifel zu ihrer Zeit den „dernier cri" repräsentierten, die wir aber gegenwärtig für geradezu ungeheuerlich halten; wie in unserer eigenen Zeit in der Musik, der Malerei, dem Drama Richtungen aufgetaucht sind, die mit glühendstem Enthusiasmus, mit dreistester Zuversicht als die einzig denkbare und wünschenswerte Entwicklung der betreffenden Kunst angepriesen und der Welt verkündigt worden sind, die aber kühle Beobachter schon heute als sonderbare Auswüchse erkennen, die in der späteren Kunstgeschichte nur als Curiosa figurieren werden, — so gibt es auch in der Medizin blendende Irrlichter, die eine Zeit lang zuverlässige Leuchten vortäuschen, bis der Unvorsichtige, der ihnen blindlings gefolgt ist, erkennen muss, dass sie ihn in einen Sumpf gefährlichster Art geführt haben! — Ein solches Irrlicht ist meiner festen Ueberzeugung nach der falsche Ehrgeiz, der einen Teil der jüngeren Generation dazu antreibt, die breite Heerstrasse der legitimen Rhinolaryngologie, auf der wir Besseres zu leisten vermögen als andere, zu verlassen und auf Seitenpfaden danach zu streben, anderes im besten Falle ebenso gut zu tun, als andere, um schliesslich zu finden, dass wir in den Sumpf des Misstrauens und der Abneigung des ganzen ärztlichen Standes geraten sind! —

Wohl weiss ich, dass selbst in diesem Falle die wissenschaftliche Laryngologie nicht zugrunde gehen würde — das ist unmöglich —, aber das Ideal, das uns Aelteren von der Stellung unserer Spezialität im Rahmen der medizinischen Wissenschaften vorschwebte, wäre zertrümmert und die sorgsame Arbeit vieler Jahre zunichte gemacht!" —

Ich scheide von der Laryngologie mit dem innigen Wunsche, dass es nicht hierzu kommen, und dass es ihr beschieden sein möge, in dem Sinne, in dem sie bisher gepflegt worden ist, fortzufahren, und schliesslich zu der ihr gebührenden Anerkennung zu gelangen!

Ich hoffe, dass es diesem Centralblatt gelingen möge, sich auch fernerhin des ihm bisher geschenkten Vertrauens würdig zu zeigen; ich bitte, meinem Nachfolger dasselbe Wohlwollen entgegenzubringen, das mir während der ganzen Zeit meiner Amtsführung und besonders bei Gelegenheit des 25jährigen Jubiläums des Blattes aus aller Welt in so überreichem Masse zuteil geworden ist; und ich danke schliesslich noch einmal von ganzem Herzen meinen lieben Mitarbeitern, unseren Lesern und unserem Verleger für ihre treue Mithilfe.

XI.

Chronologisches Verzeichnis der medizinischen Schriften des Verfassers.

1873. 1. „Zur Recurrens-Epidemie in Berlin 1871—72". Inauguraldissertation, Berlin.

1877. 2. „A case of aneurism of the thoracic aorta with repeated perforations into the oesophagus". „Transactions of the Pathological Society of London". 1877.

1878. 3. „A case of bilateral paralysis of the posterior crico-arytaenoid muscles". „Transactions of the Clinical Society of London." Vol. XI. 1878.

1879. 4. „Eine Thyreotomie behufs Entfernung einer den Kehlkopf vollständig verschliessenden Membran". „Monatsschrift für Ohrenheilkunde". No. 6. 1879.

5. „On the question of tracheotomy in bilateral paralysis of the posterior crico-arytaenoid muscles, and some remarks respecting this disease". „Transactions of the Clinical Society of London". Vol. XII. 1879.

1880. 6. „The treatment of acute and of chronic laryngitis in adults, with some remarks on the use of the laryngoscope". „British Medical Journal". Vol. I. 1880.

7. Deutsche Ausgabe des ersten Teiles von Morell Mackenzie's Diseases of the Throat and Nose". Berlin, Aug. Hirschwald.

8. „On mechanical impairments of the functions of the crico-arytaenoid articulation — especially true and false anchylosis and luxation — with some remarks on perichondritis of the laryngeal cartilages". „Medical Times and Gazette". 1880. Vol. II.

9. „Two cases of congenital syphilis of the larynx". „Transactions of the Pathol. Soc. of London" 1880.

10. „Epithelioma of the larynx". Ibidem.

1881. 11. „Clinical remarks on the proclivity of the abductor fibres of the recurrent laryngeal nerve, to become affected sooner than the adductor fibres, or even exclusively, in cases of undoubted central or peripheral injury or disease of the roots and trunks of the pneumogastric, spinal accessory, or recurrent nerves". „Archives of Laryngology". Vol. II. No. 3.

12. „A case of myxoedema". „Trans. of the Clin. Soc. of London". Vol. XIV.

13. Uebersetzung und Redaktion der „Transactions of the Subsection IV (Diseases of the Throat)“ in den „Transactions of the VII th. International Medical Congress“. London 1881.

1882. 14. „On some rare manifestations of syphilis in the larynx and trachea“. „Lancet“. Vol I. 1882.

15. „Oesophageal carcinoma in a goitrous patient. Incomplete paralysis of the glottis-openers. Retrotracheal haemorrhage. Asphyxia. Death“. „Archives of Laryngology“. Vol. III. 1882.

16. „Two cases of laryngeal growths, in one of which numerous, sessile, in part subglottic, recurrent papillomata, and in the other a large, hard broad based vascular fibroma, were successfully removed by endolaryngeal, mainly galvanocaustic operations“. „Trans. of the Royal Med.-Chir. Society“. Vol. 65.

17. „Double stenosis of the upper air-passages, i. e. bilateral paralysis of the glottis-openers and stenosis of the trachea, in a case of (?) malignant tumour of the thyroid gland“. „Trans. of the Pathol. Soc. of London“.

1883. 18. „Einige Bemerkungen zu Prof. Sommerbrodt's Mitteilung: Ueber eine traumatische Recurrenslähmung“. „Berliner klin. Wochenschrift“. No. 1.

19. „Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (recurrens)“. „Berl. klin. Wochenschr“. No. 46—49.

20. „Removal by internal operation of a pin from the larynx of a boy, aet. 13., in which it had been impacted 13 months and had caused fixation of the left crico-arytaenoid articulation“. „Trans. of the Clin. Soc“. Vol. XVI.

21. „The Throat-Department of St. Thomas' Hospital in 1882“. „St. Thomas' Hospital Reports“. Vol. XII. New Series.

1884. 22. „Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus recurrens“. „Berliner klin. Wochenschr“. No. 22.

23. „Cocaine as a local anaesthetic in intralaryngeal operations.“ „Lancet“. Vol. II. No. 21.

24. Begründung des „Internationalen Centralblatts für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften“. August Hirschwald, Berlin.

25. Deutsche Ausgabe des II. Teils von Morell Mackenzie's „Diseases of the Throat and Nose“. Berlin, August Hirschwald.

26. „An etiological classification of the motor impairments of the larynx“. „Verhandlungen des Internat. Med. Kongresses zu Kopenhagen“.

27. „The Throat-Department of St. Thomas' Hospital in 1883“. „St. Thomas' Hospital Reports“. Vol. XIII. New Series.

28. „Ueber die Titel laryngologischer und rhinologischer Publikationen". „Internat. Centralblatt für Laryngol. etc.". No. 4.

29. „Die Stellung der Laryngologie in Grossbritannien". „Internat. Centralblatt für Laryngol.". No. 6 u. 7.

30. „Diseases of the Throat and Nose". „Yearbook of Treatment". Cassell & Co.

31. „Electric illumination of various cavities of the human body (mouth, throat, larynx, nose, ear, vagina, rectum), galvanocauterisation, faradisation and electrolysis by means of pocket-accumulators". „Lancet". Vol. I und „Proceedings of the Med. Soc. of London". Vol. VIII.

32. „A case of rhinoscleroma" (mit Dr. Payne). „Trans. of the Pathol. Soc. of London". Vol. 36.

1886. 33. „Diseases of the Throat and Nose". „Yearbook of Treatment". Cassell & Co.

34. Artikel über die Krankheiten des Kehlkopfs und der Schilddrüse in Christopher Heath's „Dictionary of Practical Surgery." Smith Elder & Co.

35. „On an apparently peripheral and differential action of ether upon the laryngeal muscles" (mit Sir Victor Horsley). „Brit. Med. Journal". 4. u. 11. September.

36. „Abductorparalyse, nicht Adductorencontractur". „Tageblatt der Deutschen Naturforscherversammlung zu Berlin".

1887. 37. „Intralaryngeal surgery and malignant disease of the larynx". „Brit. Med. Journ.". 4. u. 18. Juni.

38. „A case of partial extirpation of the larynx for epithelioma of the left ventricle of Morgagni. Recovery". „Trans. of the Clinical Soc.". Vol. XX.

39. „Die Laryngologie und der internationale medizinische Kongress in Washington". „Internat. Centralbl.". Vol. III. No. 8.

40. „Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie". Ibid. Vol. IV. No. 2.

1888. 41. „Zur Lehre von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern". „Berliner klin. Wochenschr.". No. 10.

42. „Presidential Address to the Laryngological Section of the Meeting of the British Medical Association at Glasgow". „Brit. Med. Journal". 18. August.

43. „Extirpation of the goitrous thyroid gland in man". Teil des Berichtes über Myxoedema. „Clinical Society's Transactions". Supplement to Vol. XXI.

44. Sammelforschung des Internat. Centralbl. für Laryngol. über: „Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speziell nach intralaryngealen Operationen". „Internat. Centralbl. f. Laryngol." 1888 u. 1889. — Auch im Separatabdruck bei Aug. Hirschwald, Berlin, erschienen.

45. „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. und die Laryngologie". „Internat. Centralblatt". No. 2 u. 6.

46. „Three cases of malignant disease of the upper air-passages". (Mit Mr. Shattock.) „Trans. Pathol. Soc.". Vol. 39.

1889. 47. „A case of laryngeal cancer, in which haemorrhages, perichondritis and exfoliation of the greater part of the laryngeal cartilages occurred. Subsequently pleurisy, gangrenous pneumonia, death, autopsy". „Clin. Society's Trans.". Vol. XXII.

48. „Unilateral incomplete Graves' disease after removal of nasal polypi". Ibidem.

49. „Some points in the etiology, diagnosis and treatment of empyema of the antrum". „Trans. of the Odontological Society".

50. „On the central motor innervation of the larynx". (Mit Sir Victor Horsley.) „Brit. Med. Journ.". 21. Dezember.

1890. 51. „Ueber die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs" (mit Sir Victor Horsley). „Berl. klin. Wochenschr.". No. 4 u. 7.

52. „Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres, qui en émanent". (Mit Sir Victor Horsley.) „Annales des maladies de l'oreille et du larynx". Mai u. Juni.

53. „On the position of the vocal cords in quiet respiration of man and on the reflex-tonus of their abductor muscles". „Proceedings of the Royal Society". Vol. 48.

54. „Ueber die Beziehungen des Kehlkopfs zum motorischen Nervensystem". (Mit Sir Victor Horsley). „Deutsche med. Wochenschr.". No. 31.

55. „An experimental investigation of the central motor innervation of the larynx". (Mit Sir Victor Horsley). „Philosophical Transactions of the Royal Society". Vol. 181.

1891. 56. „On the culture of the singing voice". „Proceedings of the Royal Institution". Vol. XIII. Part II.

57. „Die Entwicklung der Lehre von den motorischen Kehlkopflähmungen seit der Einführung des Laryngoskops". „Virchow-Festschrift". Berlin, August Hirschwald. (Auch mit einigen Zusätzen in englischer Sprache in „Brain", 1892, Parts 59—60 veröffentlicht).

58. „Anomalous tumour of the larynx". (Mit Mr. Shattock). „Trans. of the Pathol. Soc.". Vol. 37.

59. „Das Tuberculin in der Laryngologie". „Internat. Centralblatt für Laryng.". Vol. VIII. No. 5.

60. „Laryngologische Lehr- und Lernverhältnisse in Preussen". Ibidem.

1892. 61. „Obscure affection of the soft palate". „Trans. Clin. Soc.". Vol. XXIV.

62. „A case of (?) congenital malformation of the larynx and trachea with (?) diverticulum of the oesophagus“. Ibidem.

63. „Thyrotomy for laryngeal cancer. Cure“. Ibidem.

1893. 64. „A clinical lecture on syphilis of the larynx“. „The Clinical Journal“. Vol. I. No. 12.

65. „A case of malignant disease of the thyroid gland with most unusual course“. „Trans. of Royal Med.-Chir. Soc.“. Vol. 76.

66. „Sequel to a case of anomalous tumour of the larynx“ (mit Mr. Shattock). „Pathol. Soc. Trans.“. Vol. 44.

1894. 67. „A clinical lecture on laryngeal tuberculosis“. „The Clinical „Journal“. Vol. III. No. 10 u. 11.

68. „Acute inflammation of the left antrum of Highmore. A personal observation“. „Brit. Med. Journ.“. 3. Febr.

69. „On the alleged special liability of benign laryngeal growths to undergo malignant degeneration after intralaryngeal operations“. „New York Med. Journal“. 2. Juni u. 2. Sept.

70. „The results of radical operation for malignant disease of the larynx from the experiences of private practice“. „Lancet“. Vol. II. Dec. (Auch in französischer Sprache im Supplément der No. 22 der „Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie“ erschienen.),

71. „Ein Rückblick auf die Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie in den Jahren 1884—1894“. „Internat. Centralblatt für Laryngol.“. Vol. XI. No. 1.

72. „Literarische Ethik“. Ibid. No. 4.

1895. 73. „The sensory throat-neuroses of the climacteric period“. „Brit. Med. Journ.“. 5. Jan.

74. „A clinical lecture on benign growths in the larynx“. „The Clin. Journ.“. 20. Februar.

75. „A novel form of malingering: chronic self-inflicted ulceration of the throat“. Clin. Soc. Trans.“. Vol. XXVIII.

76. „Some practical remarks on foreign bodies in the upper air- and food-passages, and on the principles of their removal“. „The Medical Chronicle“. April.

77. „On the pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck, hitherto described as acute oedema of the larynx, oedematous laryngitis, erysipelas of the pharynx and larynx, phlegmon of the pharynx and larynx and angina Ludovici“. „Trans. of the Roy. Med.-Chir. Soc.“. Vol. LXXVIII.

78. Presidential address on: „The Post-Graduate Teaching of Laryngology“. „Brit. Med. Journ.“. 24. Aug.

1896. 79. „A clinical lecture on malignant disease of the larynx“. „The Clin. Journ.“. 26. Febr.

80. „De re publica laryngologica". „Arch. f. Laryngol.". Bd. V.

1897. 81. „Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre". „Heymann's Handbuch der Laryngologie und Rhinologie". Bd. I.

82. „Zur Frage der Radikaloperation bei bösartigen Kehlkopfneubildungen, mit besonderer Berücksichtigung der Thyreotomie". „Archiv f. Laryngol.". Bd. VI.

83. „Herr Grossmann und die Frage der Posticuslähmung". Ibid.

84. „Diseases of the Throat and Nose". (Mit Dr. Watson Williams) in Clifford Allbutt's „System of Medicine".

1898. 85. „A clinical lecture on the diagnostic significance of laryngeal abductor paralysis". „Brit. Med. Journ.". 1. Januar.

86. „Remarks on a case of congenital web between the vocal cords, associated with coloboma of the left upper eyelid". Ibid. 28. Mai.

87. „The mutual relationship and relative value of experimental research and of clinical experience in laryngology". Ibid. 22. Oktober.

88. „Die Enthüllung des Wilhelm Meyer-Monuments". „Internat. Centralblatt f. Laryng.". Vol. XIV. No. 12.

1899. 89. „On the probably cortical origin of some laryngeal paralyses". „The Practitioner". January.

90. „Caillots sanguins simulant des néoplasmes du larynx". „Annales des maladies de l'oreille et du larynx". Vol. XXV. No. 3.

91. „Die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfneubildungen". „Therapie der Gegenwart". April.

92. „Die Stellung der Laryngologie bei den internationalen medizinischen Kongressen, und die Frage ihrer Vereinigung mit der Otologie bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten". „Internat. Centralblatt f. Laryngol.". No. 6, 7, 8.

93. „Einige Bemerkungen zu der neuen Sendziak'schen Statistik über die operative Behandlung des Larynxkrebses". „Monatsschrift f. Ohrenheilkunde". November.

1900. 94. „A lecture on nasal reflex-neuroses". „The Clinical Journ.". 7. Februar.

95. „The indications of thyrotomy". „Lancet". 11. August.

96. „Malignant disease of the larynx". „Edinburgh Encyclopaedia Medica".

1901. 97. „Some thoughts on the principles of local treatment in diseases of the upper air-passages". „Brit. Med. Journ.". 2. und 9. Nov. (Der Veröffentlichung folgte eine lange Kontroverse, in der Briefe von mir am 23. Nov., 17. Dec. 1901, und 11. Jan. 1902 erschienen.) — Auch in Buchform unter gleichem Titel bei Macmillan & Co. Ltd. publiziert.

1902. 98. „Personal recollections of Rudolf Virchow". „Brit. Med. Journal". August.

1903. 99. „Some experiments on the nature and specific treatment of hay-fever". „Brit. Med. Journal". 28. März, 18. April, 23. Mai, 18 Juli, 25. Juli.

100. „Introductory Remarks to a discussion on the operative treatment of malignant disease of the larynx". „Brit. Med. Journal". 31. Oktober.

101. „The after-treatment of intranasal operations". „Proceedings of the Laryngol. Soc. of London". December.

102. „Thyréotomie et Laryngectomie dans le cancer du larynx". „Annales des maladies de l'oreille et du larynx". No. 12, 1903, u. No. 3, 1904.

1904. 103. „On the relations of laryngology, rhinology and otology with other arts and sciences". „Trans. Internat. Congress of Sciences and Art" St. Louis. Auch veröffentlicht im „Brit. Med. Journal". 24. September, im „Laryngoscope". Oct., und in deutscher Uebersetzung (von Prof. G. Finder) im „Internat. Centralblatt f. Laryngol.". Oktober.

104. „An address on cancer of the larynx". „New York Med. Record". 5. Nov., und „Lancet" vom gleichen Datum.

1905. 105. „A lecture on acute septic inflammations of the the throat and neck". „Brooklyn Med. Journal". No. 1.

106. „Soft fibroma of the larynx and neck. Removal by external operation without opening the larynx". „Brit. Med. Journ.". 7. Januar.

107. „A peculiar form of chronic hyperplasia of the mucous membranes of the upper respiratory tract". „Lancet". 25. Febr. Auch am gleichen Tage in französischer Sprache in der „Revue hebdomad. de Laryngol." veröffentlicht.

108. „Zum hundertjähr. Geburtstage Manuel Garcia's". „Internat. Centralbl. f. Laryngol." März u. April, u. „Brit. Med. Journ." 24. März.

109. „In Memoriam". „The Laryngoscope". April.

110. „Internationale laryngologische Zusammenkünfte". „Internat. Centralbl. f. Laryngol." No. 6, 7, 10.

1906. 111. „A lecture on some unusual manifestations of syphilis in the upper air-passages". „Brit. Med. Journ.". 15. Januar.

112. „Die Urheberschaft der Laryngoskopie und der Fall Türck-Czermak". „Berliner klin. Wochenschr.". No. 10 u. 14.

113. „Remarks on the therapeutic value of complete vocal rest during the sanatorium-treatment of laryngeal tuberculosis". „Brit. Med. Journal". 8. December. Auch in abgekürzter Form deutsch in der „Berliner klin. Wochenschrift" vom 17. November veröffentlicht.

1907. 114. „Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer". „Brit. Med. Journ.". 2. Febr.

115. „An address on the relations of laryngology and rhinology to general practice". „Lancet". 30. März.

116. „Tertiäre Syphilis oder Pneumokokkeninvasion des weichen Gaumens"? „Monatsschrift f. Ohrenheilk.". No. 6.

117. „The differential diagnosis of tuberculosis, syphilis and malignant disease of the larynx". „Brit. Med. Journ." 12. Oktober.

118. „English and German Medical Education: a Parallel". „Brit. Med. Journ.". 2. November.

1908. 119. „The general treatment of local affections of the upper air-passages". „Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresses". Deuticke, Wien u. Leipzig. 1909.

120. „Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses". „Monatsschrift f. Ohrenheilk.". No. 7.

121. „Diseases of the Throat and Nose". (Mit Dr. Watson Williams). In Clifford Allbutt's „System of Medicine". Zweite, vermehrte Auflage.

122. „Internationaler Laryngo-Rhinologenkongress". „Internat. Centralbl. f. Laryngol.", No. 4, 7 u. 8.

123. „Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg". Ibid. No. 10.

1909. 124. „Remarks on a case of pneumococcus-invasion of the throat, upon which laryngeal and pulmonary tuberculosis supervened". „Brit. Med. Journ.". 26. Juni.

125. „Zum 25 jährigen Bestehen des Centralblatts". „Internat. Centralbl. f. Laryngol.". No. 2.

126. „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie". Ibid. No. 6.

127. „A contribution towards the diagnosis of laryngeal cancer". „Verhandlungen des Internationalen Medizinischen Kongresses zu Budapest".

128. „Ein Besuch in einer japanischen Laryngologenversammlung". „Internat. Centralbl. f. Laryngol.". No. 6.

1912. 129. Herausgabe der vorstehenden Sammlung in deutscher Sprache. Darin neu:

130. „Zur Geschichte des Myxoedems".

131. „Briefwechsel mit O. Rosenbach".

132. „Allerlei Nachdenkliches."

Ausserdem zahlreiche Leitartikel, Feuilletons, redaktionelle Notizen, Uebersetzungen, Briefe, Kritiken, Referate, Nekrologe, und einzelne Fälle im „Medical Examiner", der „Deutschen medizinischen Wochenschrift", der „Berliner klinischen Wochenschrift", dem „British Medical Journal", der „Lancet", dem „London Medical Record", dem „Internationalen Centralblatt für Laryngologie", „Nature", „The Clinical Journal", der „Pall Mall Gazette", und den „Proceedings of the Laryngological Society of London", sowie in den „Proceedings of the Laryngological Section of the Royal Society of Medicine.

XII.

Namen- und Sachregister.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

XIII.

Druckfehlerverzeichnis.

Seite 37, Zeile 11 von oben lies: „unmöglich" statt „unmöglinch".
„ 89, „ 2 von unten lies: „Stoerk" statt „Stoerck".
„ 403, „ 8 von oben lies: „Shattock" statt „Shattok".
„ 460, „ 12 von oben lies: „ihn" statt „sie".
„ 468, „ 1 von unten lies: „Septums" statt „Septum".



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

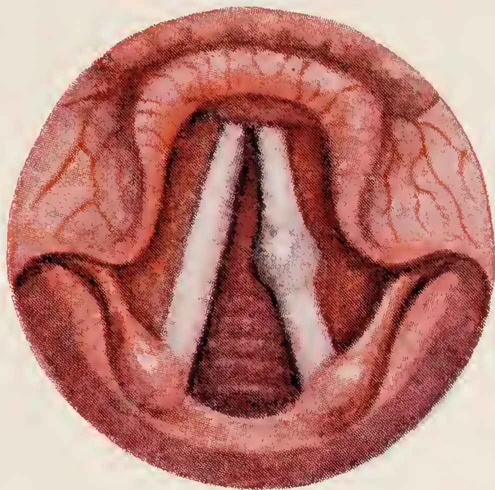
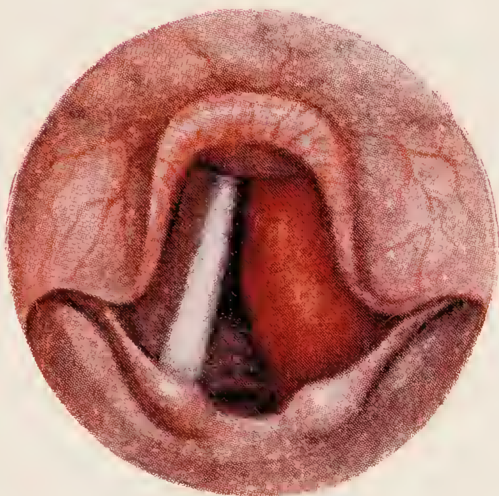

Fig. 1.


Fig. 2.


Fig. 3.

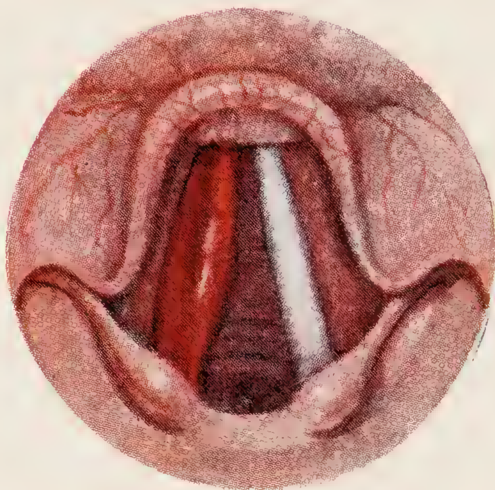

Fig. 4.


Fig. 5.

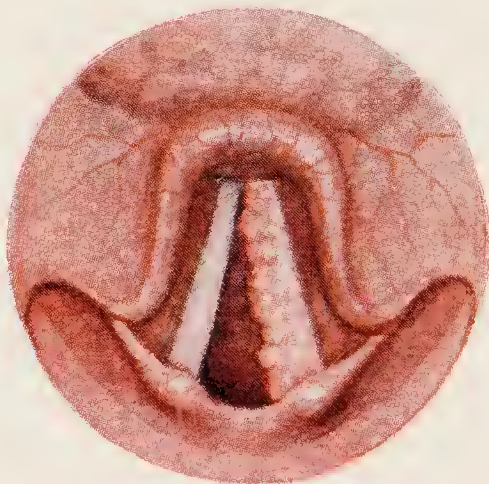

Fig. 6.



Fig. 7.

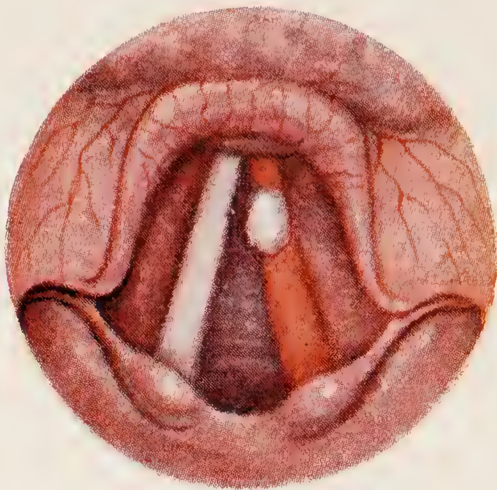


Fig. 8.

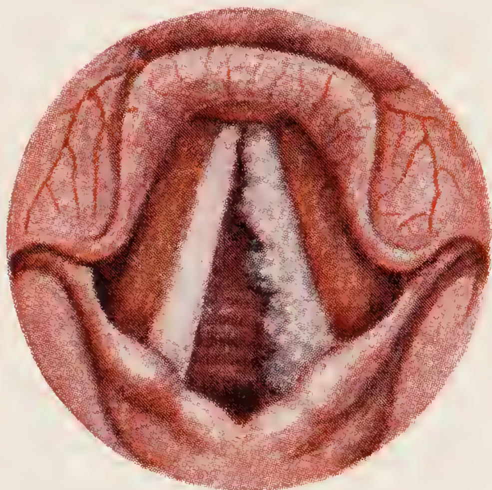


Fig. 9 *a*.

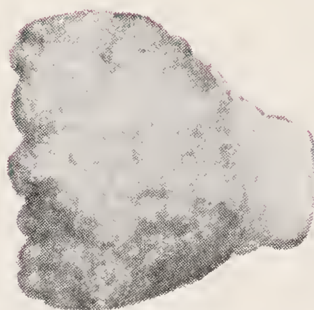


Fig. 9 *b*.

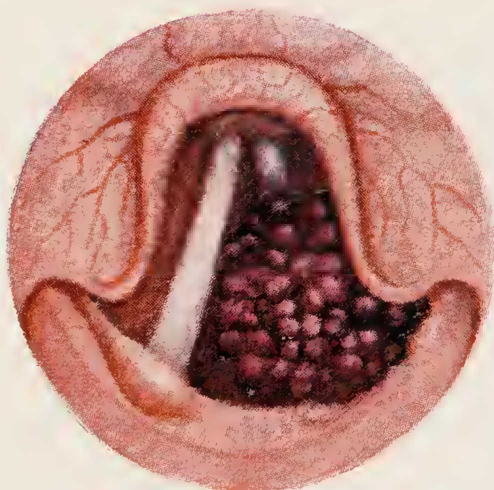


Fig. 10.

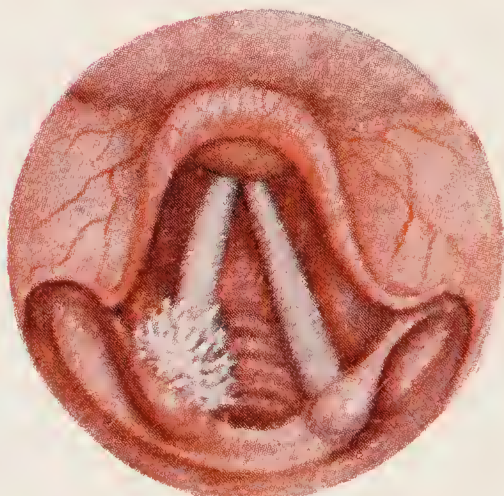


Fig. 11.

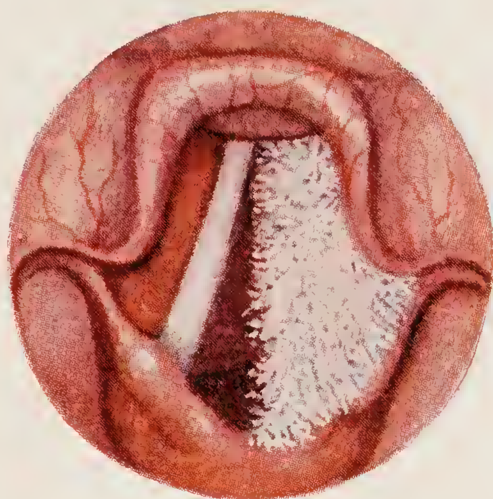


Fig. 12.



Fig. 13.

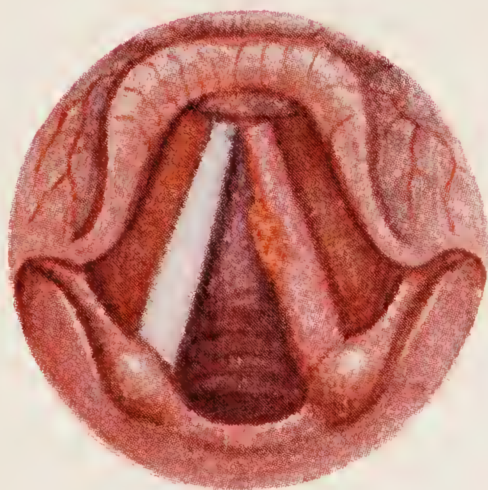


Fig. 14*a*.

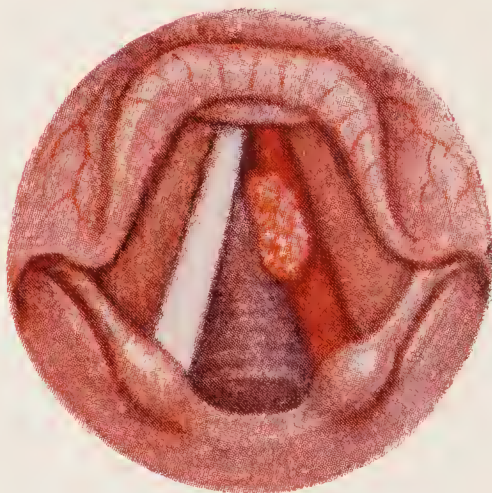


Fig. 14*b*.

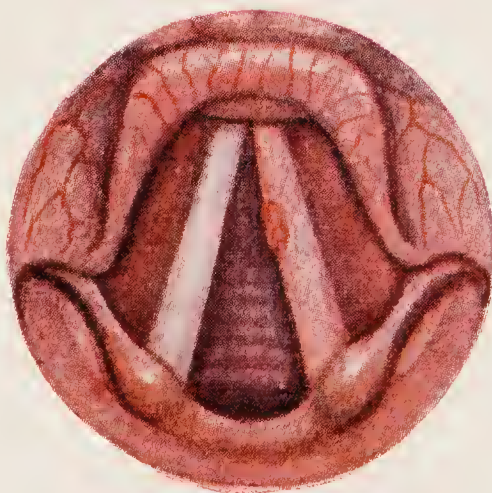


Fig. 14*c*.